90152

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF

HENRI COLIN

Médecin en chef honoraire de l'Asile Clinique (Ste-Anne)

DOUZIÈME SÉRIE — TOME PREMIER

QUATRE-VINGT-SEPTIÈME ANNÉE

90152

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, Boulevard Saint-Germain (6e)

1929

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

DIALOGUE FAMILIER SUR LE FREUDISME

Inconscient ou Science ?

Soyons seulement médecins

*Dans un petit café d'étudiants, à l'heure vide où les Facultés sont pleines ou presque, l'*Aliéniste *et le* Néophyte *sont à une table : deux confrères réunis au chef-lieu pour quelque expertise apparemment. Non loin d'eux une petite dame de tenue réservée, paisible, entretenue. En lisant,* Elle *attend : elle sait qui.* Eux, *attendent aussi : des pensées vagues et l'heure d'un départ et d'un retour. On entend le* Garçon *qui bâille. Soudain un ébranlement, et entre* Lui, *étudiant de huit ou dixième année, notaire imminent. Il a l'air trop dégagé d'un Sire fort ennuyé et s'agite mal, se*

dirige vers Elle *dont il est l'habitué depuis visiblement X années, comme du café et de la table.*

Elle. — En avance ! C'est gentil et tu as couru !

Lui. — Oui ! ma chère, oui voilà ! (*il s'assied*)...

Le Garçon (*cordial*). — Monsieur ! Demi-brune ?

Lui. — Oui ! Euh ! Non ! pas de brune !

(*Le garçon vaque ;* Lui *parle, volubile, pas assez confidentiel. On entend des bribes*). « Tuile !... Mère... grave... tout de suite... Pas très longtemps... Hein ?... Tuile !... etc... » (*Le garçon le sert sans qu'il y fasse attention, car il explique, explique à* Elle *dont le visage se bouleverse*).

Néo. — Vous comprenez ? c'est clair !

Ali. — Oui !

Néo. — Hein ! La mère parle et le fils obéit illico ! c'est réglé d'avance comme papier à musique.

Ali. — Oui, cela arrive.

Néo. — Ah ! Ce Freud, comme il voit profond et juste.

Ali. — Euh !

Néo. — Comment ? Voyons, qu'en pensez-vous donc ?

Ali. — Ce qu'elle en pense !

Néo. — Eh bien ! quoi ?

Ali. — Elle pense : « Sa mère ?... ou sa sœur ?... C'est sa petite cousine Chose, sûr. Me voilà encore lâchée !... » Tenez !

(*En effet,* Elle *a une crise, bouscule table, chaises, verres et glisse à terre.* Lui *et le garçon autour d'elle, exclamatifs, se trémoussent à hue et à dia*).

Néo. — Voilà, voilà ! Ça y est ! Elle espérait du plaisir. Rien ne va plus, alors la crise... et... elle a uriné ! c'est complet !

Ali — De l'écume ; serait-elle albuminurique ?

Néo. — Peu importe ! Crise avec miction ; équivalent et substitut... J'affirmerais selon Freud qu'elle a trouvé agréable de s'oublier sur les genoux de son père à un an et demi ou deux, au moins en rêve !...

Ali. — Non, c'est plutôt de la blonde...

Néo (*tout à ses déductions et entendant mal*). — Blonde ? Mais elle ne l'est pas. (*Eclatant, nouvel Archimède*). Eh mais ! voilà pourquoi *Lui* s'est repris en commandant son demi ! Il rompait avec sa brune et, je le gagerais, sa future est blonde ! Mais oui !...

Ali. — Non ! je veux dire que c'est de la bière blonde qui a été répandue par terre et pas ce que vous avez cru.

Néo. — Ça ne fait rien ! Deux aspects de l'Œdipus-complex d'un seul coup. N'est-ce pas admirable : toute la libido ?

Ali. — Euh ! Euh !

Néo (*de plus en plus emballé*). — Ah ! la psychanalyse, c'est merveilleux, immense, sublime. Quel flambeau ! Quelle... quel... quelle torche ! (*et il imite de loin l'américaine Liberté, mais pendant beaucoup moins de temps*).

Ali. — Eh ! Là, là !

Néo. — Comment ! Ce n'est pas votre avis ? Ah ! Français ! Français ! toujours en retard ! Claparède a mille fois raison !

Ali. — Oh ! Claparède...

Néo (*toujours ardent*). — Vous ne l'avez pas lu ? Je l'ai. (*Il sort la brochure de sa poche*).

Ali. — Si ! Mais si ! Et d'autres, je ne sais combien.

Néo. — Et la psychiatrie ne vous en a pas paru transformée, clarifiée, que dis-je ? enfin existante !...

Ali (riant). — Ah ! çà non. Une nouvelle sous-variété de délire, peut-être, et encore.

Néo (quelque peu démonté). — C'est extraordinaire ! Pourquoi, pourquoi ? La géniale psychanalyse !...

Ali. — Notre voisine va mieux. Après la comédie, la tragédie peut-être ; filons vers notre train, nous causerons en marchant... (*Exeunt*).

.....

Néo. — Confrère, je vous écoute.

Ali. — Si vous voulez, je suivrai pas à pas, puisque vous l'avez sur vous, l'introduction de Claparède aux cinq leçons de Freud, introduction claire et résumant honnêtement, avec sagacité, ce qui reste après lecture de divers ouvrages de Freud.

Il ne semble guère étonnant qu'en France l'œuvre de Freud n'ait pas été appréciée bien favorablement tout en n'étant pas ignorée... C'est en France qu'a été créée entièrement la médecine mentale et elle y est aux mains surtout de médecins qui, chose importante, ne font pas de clientèle. Grâce aux Français, la Psychiatrie tend ainsi à être une science non soumise à la mode du moment, mode que les médecins obligés de compter avec les clients libres sont bien forcés de prendre au sérieux, au moins par politesse ; il leur faut « dire comme le malade » ; admettre les préjugés, les emballements, toujours injustifiés scientifiquement, du public.

Or, en France, la pratique psychiatrique est presque uniquement médecine d'hôpital d'aliénés et permet l'absolu désintéressement scientifique. Aussi,

les aliénistes n'ont-ils pas fait à Freud l'accueil accordé à Kræpelin, par exemple. Mais on voit déjà du nouveau. Depuis la guerre, le surnombre des femmes, l'horreur du travail cérébral, l'amour des commerces et des sports toujours hasardeux, assurent au sexualisme freudien un avenir magnifique, et la clientèle formera peu à peu des médecins à son image et à son goût. Les freudistes d'ailleurs, comme Jung, prétendent faire de la médecine de l'âme et même des deux âmes, tandis que nos aliénistes continuent, il me semble, à rester fidèles à la médecine du cerveau. Sans doute, sont-ils bien trop modestes, au rebours des premiers, dont l'un s'excuse auprès du lecteur, d'avoir osé dire en peu de pages tant de nouveautés difficiles à comprendre. Ne trouvez-vous pas cela délicieux ?

Néo. — Certainement ! Mais ne reproche-t-on pas aux savants français de trop craindre tout ce qui semble réclame ou vente d'orviétan ?

Ali. — Ce qui manque le plus aux Français, c'est le toupet, a-t-on observé. Surtout que ces nouveautés sont un retour à des conceptions de la Folie plutôt moyenâgeuses.

Notons, que si la Psychiatrie, avec Esquirol, Bayle, Falret, Lasègue, Morel, Magnan, etc. doit toutes ses espèces nosologiques essentielles à des Français, il est non moins certain que la neurologie est la création de Français : Duchenne de Boulogne, Vulpian et Charcot. ,

Freud pose à la base de ses travaux des examens et des cures d'hystériques. Or, Charcot et ses élèves Janet, Sollier, etc., ont convaincu les aliénistes (toujours d'esprit hypercritique, c'est vrai) que « bâtir sur l'hystérie, c'était bâtir sur le sable » :

on en tire ce que l'on veut... « Quand un médecin examine un hystérique, le plus intéressant des deux n'est pas le malade », répétait Dupré, plus modéré que l'hypnotiseur Wagner Jauregg, selon qui, « avec l'Hypnotisme (c'est-à-dire l'hystérie), on ne sait jamais lequel met l'autre dedans ». Mot qui est justifié par les suicides de psychanalystes se dévouant à l'hystérique « le plus rusé des fourbes », selon Binet.

Et Breuer, avec Freud, viennent reparler à des Français de psychologie fondée sur « l'observation » (?) d'hystériques ! Non ! la bombe éclate vraiment trop tard ! Le théâtre hystérique ne fait plus recette.

Donc voilà, sans rappeler les observations suprenantes de Freud, d'Adler, etc..., des raisons assez péremptoires qui expliquent qu'en France Freud n'ait pas causé de révolution, ni même excité une particulière curiosité parmi les médecins spécialistes.

Néo. — Que l'hystérie soit le fondement du freudisme, fondement qui ne vaut rien, c'est entendu. Mais qu'importent les fondations si le monument vaut quelque chose, lui ?

Ali. — Certes ! Passons donc au piédestal de la statue.

Si les Français (aliénistes), et il faut encore revenir aux Français, puisque ce sont eux que Claparède met sur la sellette, si les aliénistes français n'ont pas été étonnés par la « méthode » de Freud, c'est qu'ils ont reconnu dans la psychoanalyse une vieille connaissance, une pratique banale pour eux, pratique qui est le roc solide sur lequel ils ont édifié, les premiers, la psychiatrie, c'est-à-dire l'ob-

servation clinique tirée de l'interrogatoire des malades.

Or, l'école de Kræpelin qui, à Zurich, s'est fondue avec celle de Freud, c'est Binet, un psycho-physiologiste français, qui l'a noté, n'interroge guère les malades mentaux : peu de clinique proprement dite au sens français (sauf l'évolution des psychoses), mais des examens de laboratoire, et surtout, surtout, des « tests » et des tests combinés avec des expériences de laboratoire.

Ainsi — ouvrons une parenthèse — Jung lit au malade une liste de mots, et à chaque mot le malade doit en répondre un autre, le premier venu, à son idée ; si la réponse se fait attendre, c'est que le mot « question » émeut particulièrement le malade. Ou encore, Veraguth lit une série de mots à un malade, pendant qu'on mesure la résistance à un courant électrique. Si le mot prononcé devant le malade l'émeut, cette résistance diminue en raison du degré d'émotion causée. Il a donc fallu interroger le malade pour expliquer l'émotion manifestée expérimentalement : d'où l'emploi de la psycho-analyse. En France on dirait l'interrogatoire.

Le piédestal de la « statue » freudienne est donc solide.

Néo. — Mais si le piédestal, comme vous dites, est solide, il y a donc déjà quelque chose de supportable dans Freud ?

Ali. — Certainement.

Néo. — Au-dessus du piédestal la statue présente peut-être des parties acceptables ?

Ali. — C'est à voir. Et, en tout cas, des parties

même bonnes n'empêchent pas une œuvre d'être une caricature.

Néo. — C'est l'avis des non freudistes, je sais. Ils trouvent la théorie risible, ridicule... Mais les freudistes y voient des idées neuves, sinon même toutes nouvelles.

Ali. — Il les faudrait justes. Des idées neuves mais baroques, je ne le nie point : Rêver d'eau serait rêver de sa naissance ! Alors que les fibres du cerveau actif encore sans gaîne de myéline ne pouvaient fonctionner ! Voyons ! et je ne parle pas des rêves en rapport avec la vie intra-utérine.

Néo. — Pardon ! procédons par ordre. Il n'est pas question de s'incliner devant les excès de la Théorie : toutes les théories en présentent, et cependant...

Ali. — Ce n'est pas parce que des erreurs sont déjà trop fréquentes en médecine — hélas ! — que de nouvelles doivent être accueillies...

Néo. — Revenons à Freud. Reprenons si vous le voulez bien la nomenclature, la liste de Claparède (page 10). Et commençons par le « Refoulement », pas d'objections, n'est-ce pas ? Si ?... Comment !

Ali. — Le refoulement ! Mais je ne puis admettre sa réalité. Une idée, suite ou chaînon de processus cérébraux divers, selon son intensité, selon l'énergie de ses composantes, après une incubation, se déclare comme une fièvre plus ou moins forte. Elle peut, soit disparaître plus ou moins rapidement, ou comme on dit être inhibée ; soit persister, tendant à passer aux actes, et alors contrebalancer les nouvelles situations cérébrales : d'où l'état de scrupule. Tous les aliénistes connaissent les scrupuleux appelés encore obsédés, impulsifs

ou phobiques ; lorsque l'inhibition ou plutôt l'indécision, suite du contrebalancement, dure, se prolonge, elle s'accompagne d'angoisse, de sueurs, etc. Or, le refoulement pour Freud est volontaire, ce que l'on ne peut psychophysiologiquement admettre et cette impossibilité change du tout au tout la question : ce que l'on appelle volonté n'est que la résultante de déterminismes organiques obscurs parce que la physiologie et l'anatomie du corps sont complexes.

Néo. — Tout cela je l'accepte. Mais si faible que soit l'intensité de l'idée, elle n'est pas nulle parce qu'inhibée : il en reste quelque chose ; ou du moins les composantes qui l'ont amenée ne sont que contrebalancées, mais non supprimées, annulées.

Ali. — Alors ?

Néo. — Alors, nous voilà arrivés au paragraphe que Claparède intitule « action des éléments refoulés dans le subconscient », si bien illustrée par l'anecdote de J.-J. Rousseau, répétant un jour un geste qui n'avait été motivé que les jours précédents. Si le refoulement comme la volonté n'est qu'une illusion, une ignorance des causes — je l'admets — l'Inconscient ou le Subconscient, lui, du moins, est un fait ; il existe, et alors il est capable d'agir, de produire des effets...

Ali. — Pardon ! je vous arrête ! Je proteste contre l'Inconscient et également contre le Subconscient, contre le Préconscient, l'Instanzenzug, la Censur, fonction d'un organe qui ne serait autre que la conscience, c'est-à-dire le centre O du polygone de Grasset, bien justement oublié. Dans l'intervalle de deux accès de paludisme il n'y a pas inconscience ou subconscience du paludisme.

Si une idée paraît refoulée c'est que les circonstances qui l'ont amenée ont disparu, ont été transitoires, par faible durée ou bien par faible intensité et leur effet avec elles. Quand même un résidu d'action persisterait avec possibilité d'action dans le sens que vous adoptez sans discussion, ce résidu et sa possibilité restent à démontrer en dehors de ce que l'on appelle mémoire. S'il y a angoisse c'est que ces circonstances initiales durent, et vraisemblablement — ceci pour répondre à la soi-disant absence d'explications proposées par les classiques — parce qu'il y a déséquilibre cérébral, incoordination, par exemple peut-être entre les activités de chacun des deux hémisphères cérébraux, qui empêche le passage à l'acte, d'où l'angoisse ; comme quand on est en proie à deux certitudes opposées et inconciliables, momentanément, par faiblesse d'esprit occasionnelle. Un cas concret : Un ami m'affirme brusquement, alors que je suis très absorbé par la préparation de ma thèse, avoir entendu un camarade le traiter de pique-assiette ou de parasite. Le camarade aussitôt interrogé nie : sa bonne foi est absolument incontestable, *évidente*. J'éprouve une angoisse extrême car mon ami est également de bonne foi *évidente*. Et mon angoisse cesse, sans que je « refoule » vraiment, mais parce que j'ai autre chose à faire que m'acharner à chercher la solution de cette contradiction. Un an après mon ami s'avère presque halluciné de l'ouïe. Si j'avais été plus « intelligent », si une partie de mon cerveau n'avait pas été absorbée par mon travail, empêchant l'ensemble de faire bloc sur la contradiction, je n'aurais pas éprouvé d'angoisse inexprimable : j'aurais coordonné sur le champ et conclu : l'un

déraisonne ! et peut-être même diagnostiqué lequel ! Ainsi les angoissés se montrent fatigués, mal coordonnés, légers débiles mentaux extemporanés, car le vrai débile mental n'est pas angoissé, il cède à l'impulsion morbide sans s'embarrasser des contradictions logiques. On peut comparer son cas de non-inhibition à la fameuse expérience Setschenow ; la décapitation de la grenouille augmentant la sensibilité de la moelle épinière ; car plus l'homme se rapproche de l'idiot et plus il est impulsif. Féré a noté que plus la décérébration augmente d'avant en arrière, plus les réactions sont limitées, alors favorisant les actes ; mais si la décérébration est partielle, ou asymétrique, l'acte se fait attendre et l'angoisse survient par conflit de tendances motrices et fugue des réflexes vers les glandes et viscères.

Pourquoi parler de subconscience, en donnant à cela une existence, alors que ce n'est qu'une façon de parler, et y aller chercher des motifs d'action arbitraires et tirés par les cheveux ?

Néo. — Vous allez empiéter sur le paragraphe du « déguisement » de Freud, et je reconnais que le poids qu'il donne au déguisement n'est qu'un artifice de construction de sa théorie : comme les sens qu'il voulait donner aux rêves ne concordaient pas avec le contenu évident du rêve, il lui a fallu imaginer son fameux « transfert » et il a trouvé les symboles et les métaphores. Le « truc », le coup de pouce est manifeste, et j'abandonne le déguisement. Mais que faites-vous du « machinal » comme dit Rousseau ? La question de l'inconscient est importante et on ne peut la « refouler » en deux phrases.

Ali. — Soit ; telle n'est pas mon intention. Le cas de Rousseau ne paraît pas prouver l'inconscient. Un mouvement habituel, une habitude, manifestée hors de saison, machinalement, ne prouve que mémoire. Or Freud ne parle que de refoulement par désagrément : on ne refoulerait que parce que c'est désagréable. C'est l'explication de Rousseau invoquant un effet désagréable antérieur. Au vrai, il faisait un geste sans motif ce jour-là, parce qu'il était distrait, comme on accomplit tous les jours de la vie des gestes absolument indifférents parce qu'habituels et parce que l'on pense trop à autre chose. Rien ne prouve que ce soit l'impression désagréable antérieure qui ait fait agir Rousseau. Le voyageur qui, changeant de lit, cherche la sonnette où elle était chez lui, quand il se réveille, agit par habitude et non parce que sonner lui est désagréable, car cela peut provoquer, par exemple, la venue de son déjeuner, qui lui fait plaisir. Serait-ce raisonnable d'attribuer le geste machinal de notre voyageur à quelque manifestation de son inconscient parce que certain matin le déjeuner aurait été servi trop brûlant, ou par une servante lui ayant laissé un mauvais souvenir ?

Néo. — Cela, je l'admets, les manques, les lapsus, les fautes, tous ces menus faits de l'Alltagsleben, peuvent en effet résulter de la persistance de pensées — disons ce grand mot — agréables ou commandant des actes agréables. Freud, sur ce point va trop loin...

Ali. — Pas seulement « trop », son système est faux ; c'est un mysticisme, et ce mysticisme est certain pour un aliéniste, puisque c'est un combiné d'érotisme : comme en tous les mysticismes, on y

prend de simples coïncidences, remarquables — selon le système — pour des relations entre cause et effet : *post hoc* ou *cum hoc, ergo propter hoc.*

Néo. — Vous me semblez bien avoir raison sur cet élément de la théorie de Freud.

Ali. — Mais ce n'est pas seulement un élément, c'est fondamental pour Freud et encore plus pour ses fidèles qui ont été plus que séduits, enthousiasmés par sa théorie spéciale de tous les lapsus. Je maintiens que le refoulement d'une idée ou pensée désagréable n'est pas du tout obligatoirement à la base des actes inconscients, comme il dit, machinaux ou automatiques plutôt, devrait-on, à mon sens, les appeler. Les espoirs de Zurich ont justement été trompés parce que l'on ne pouvait pas toujours, ni même généralement, expliquer les résultats des expériences par une émotion désagréable ou gênante. Tout processus biologique exige un certain temps pour s'accomplir. Ce fut, au début de la psychologie expérimentale, un véritable événement parmi les philosophes, que ce résultat et il fallut du temps pour le leur faire admettre. Or le temps ne remonte pas, ne s'annule pas ; si tout processus ayant dépensé du temps possède un élément irrévocable, laisse un résidu définitif, ce résidu constitue la mémoire et il est abusif de confondre mémoire avec inconscience ou conscience.

Néo. — Cependant on pourrait prétendre que l'inconscient est la mémoire en puissance, l'oublié. Un cas concret : Un épileptique en dehors de ses crises a, par moments, des idées de suicide : il les repousse, les refoule d'autant plus, vous l'admettrez, qu'elles lui sont désagréables, et il les oublie. Survient une crise convulsive, et dans l'état d'obnu-

bilation qui suit la crise et précède le réveil complet, ce malheureux se pend : on arrive, on le secourt, et il est heureux extrêmement. Voilà bien un cas typique et qui me semble donner raison, au moins sur un certain point, à Freud. Ou, si vous préférez ne pas parler de Freud, ce cas n'est-il pas la preuve de l'existence de l'Inconscient, d'où sont remontées les idées de suicide désagréables y refoulées ? ,

Ali. — Franchement non ! Je pense bien entendu que vous n'admettez pas une conscience de la moelle épinière ?

Néo. — Non ! C'est un abus de mots. Je n'admets de conscience que s'il y a un cerveau. La grenouille sans tête qui change de patte pour faire choir la goutte d'acide irritante et brûlante qu'elle ne peut atteindre, n'agit pas avec conscience, elle agit par réflexes compliqués, et la constitution de sa moelle épinière paraît encore plus compliquée que les réflexes de défense que l'on constate. D'ailleurs, les termites, les fourmis et les abeilles qui n'ont pas de cerveau accomplissent des actes coordonnés encore plus compliqués que la grenouille sans tête. Je reconnais ce qu'a de troublant le fait d'une vie sociale aussi complète que celle des fourmis accomplie sans cerveau, mais c'est un fait et, soit dit en passant, dont on devrait tenir compte quand on veut interpréter les sociétés primitives humaines.

Ali. — En effet, permettez-moi à mon tour de reprendre notre guide sans nous égarer dans le maquis du totem, du tabou, où Freud avoue lui-même ne trouver que confusion et obscurité désespérantes, quoiqu'il en tire appui pour ses opinions en choisissant naturellement dans ce caphar-

naüm. Je ne vois pas si large. Je me bornerai donc au cas de l'épileptique, cas authentique que vous avez rapporté. Eh bien ! je me l'explique sans faire intervenir cet être métaphysique que l'on appelle Inconscient ou Subconscient.

Les épileptiques souffrent de la situation que leur fait leur terrible maladie. Ils expriment souvent ce souhait : la mort ! « Si je ne me guéris pas, je me tuerai ! » etc. Mais cela reste dans le futur et le conditionnel, il n'y a pas de refoulement : ils font un projet vague et voilà tout ; on sait qu'ils sont même pusillanimes devant la moindre douleur. Donc déjà le refoulement par désagrément de Freud est bien contestable chez les épileptiques. Ils n'ont pas désir véritable de la mort ; ils disent cela comme tout le monde, tout le monde — j'insiste — le dit. Arrive une crise, leur cerveau est défaillant, il est presque supprimé, ce sont de profonds débiles mentaux au sortir de la crise. Si alors, l'idée revient comme reviennent les souvenirs du passé au dépens des souvenirs tout récents chez les séniles affaiblis intellectuellement, ils se trouvent dans le cas des débiles mentaux qui ne résistent pas à l'impulsion morbide. Ainsi, prenons le cas des impulsifs, dits coupeurs de nattes : s'ils sont assez intelligents ils résistent à l'envie de couper les cheveux des femmes, d'où l'angoisse et souvent l'impulsion disparaît. Mais si l'on a affaire à un pauvre d'esprit, lui, n'aura pas l'idée de résister : « J'ai eu envie de couper et j'ai coupé ! » Ce qui montre bien que le refoulement n'est pas nécessaire, c'est que des épileptiques accompliront au réveil de la crise un projet agréable : celui d'aller rendre visite à sa mère par exemple, ou d'aller chercher de l'ar-

gent, d'entrer à l'Opéra pour y faire applaudir sa belle voix, d'aller se faire décorer à l'Elysée, projets qui n'ont pas été refoulés, bien au contraire. Dans tous ces cas, compliqués souvent d'éthylisme, on se trouve en présence d'actes accomplis par pur automatisme ; et c'est pure hypothèse que supposer les projets restés emmagasinés dans « l'Inconscient », après une sorte de rangement comme une ménagère le fait de son linge dans une armoire. L'Inconscient ne doit pas être substitué à la mémoire. Le souvenir d'un projet réapparaît et le projet est exécuté inopinément, parce que le cerveau affaibli, épuisé, obéit au souvenir, à l'idée qui a tendance à passer à l'acte, selon Ribot. Freud n'aurait pas trouvé tant de crédulité si l'on ne s'était habitué à parler abusivement d'Inconscient, quand il s'agit simplement de mémoire qui peut jouer sans cerveau, comme le prouvent non seulement l'observation des insectes, des mollusques, des annélides, des zoophytes, mais aussi les phénomènes d'aimantation et de désaimantation (Hystérésis) de l'acier. Le langage courant, où l'on prend toujours des mots pour des explications et même pour des faits, influe sur certains médecins, comme je l'ai dit en commençant : aussi, voit-on Claparède faire état des dires émanés d'écrivains : Daudet, Bourget, France, Nietsche... sans remarquer la non valeur de l'avis de ces braves gens dans l'appréciation de questions en réalité psychophysiologiques et médicales : jusqu'à Töpffer et Rousseau ! Je les récuse : la Littérature est une chose, la Psychiatrie une autre.

Néo. — Toutefois, il arrive que des littérateurs soient internés et soignés chez les psychiatres.

Ali. — Tandis que des psychiatres flirtent non sans succès avec la littérature. Mais ce sont là d'autres histoires, penserait M. de Tocqueville.

Néo. — Oui, oui ! je me rendrais volontiers à votre — ne vous fâchez pas — à votre théorie ; mais les littérateurs sont une élite et ils ont bien le droit d'exprimer leurs raisons même si elles ne sont pas raisonnables.

Ali. — C'est une élite, non pas la seule élite, car je viens de lire dans un journal qu'un homme d'état distingué, très cultivé, pense que le freudisme achèvera probablement pour l'Allemagne l'œuvre de dissolution commencée par la guerre.

Néo. — L'Inconscient ou le Subconscient paraissent cependant bien commodes. Je les croyais nécesaires, et je me rends compte que l'on peut s'en passer. De la conscience sans cerveau, je ne puis accepter cela. Alors, la grenouille sans tête et mes fourmis — j'y tiens à mes fourmis — sans cerveau agissent sans conscience et sans Inconscient... Evidemment ! Mais cependant, plus d'Inconscient c'est dur à refouler ! l'Inconscient ! très dur.

Ali. — Notez que vous n'avez qu'à le refouler, comme vous dites, de la Psychiatrie et seulement de la Psychiatrie ; seulement, j'insiste.

Néo. — Comment cela ? Vous venez de parler des obsessions conscientes !

Ali. — Sans doute !

Néo. — S'il y a des processus conscients, il peut y en avoir d'inconscients par suite, et alors on peut parler de l'Inconscient en psychiatrie.

Ali. — Non ! Ce n'est pas parce que l'on accepte des processus inconscients qu'il y a obligation d'ac-

cueillir l'Inconscient, selon une bien détestable coutume qui remonte loin et dont les gnostiques, de fameuse mémoire, ont donné tant d'exemples : tel le langage transformé en Logos et époux d'une certaine Sophia, à moins qu'il ne fût son fils. La personnification des adjectifs ou simplement leur transformation en êtres est bien connue pour embarrasser la connaissance scientifique. Ainsi, ce n'est pas parce que l'on constate un état liquide de l'eau, de l'alcool, du vif-argent, que l'on peut créer légitimement, du point de vue scientifique, une substance spéciale, la liquidine, qui serait un composant réel physiquement et chimiquement des corps à l'état liquide. Cette remarque de Le Dantec ne vous paraît-elle pas péremptoire ?

Néo. — Elle me paraît, en effet, tout à fait juste ; il faut éviter les sophismes de vocabulaire. Alors, sans doute, vous allez arguer que les états inconscients n'autorisent pas, du point de vue scientifique, à créer l'Inconscient selon le procédé d'invention de la liquidine ?

Ali. — Vous l'avez dit, et même tous les Inconscients : le Collectif, l'Individuel, l'Archétype, etc.

Néo. — Nous sommes donc d'accord ! Mais ne triomphez pas, car vous n'y gagnez pas grand chose...

Ali. — Patience, je vous grignote ; le lion pris au filet traitait de chétif animal le rat occupé à ronger les rêts, mais il changea de gamme !

Néo. — Rayé l'Inconscient-substantif, restent les processus inconscients et les conscients avec, c'est-à-dire la Conscience qui, selon les aliénistes, accompagne ou non les obsessions.

Ali. — Pas selon les aliénistes, selon les malades

et leur terminologie courante que les aliénistes conservent : les obsédés étant justement des malades libres, de clientèle, très habituellement.

Néo. — On ne peut négliger la conscience. Un malade fait une fugue, un rêve, un acte qu'il ignore, une fois revenu à l'état normal ; il a été inconscient.

Ali. — On dit aussi, qu'il présente de l'automatisme ou de l'amnésie.

Néo. — Pourtant il m'arrive quelque chose, lorsque je le sais — *cum scio* — ce quelque chose est pour moi conscient ; sinon, je le dis inconscient.

Ali. — Sans doute, sans doute. N'empêche que cela n'est pas aussi simple ni aussi clair que vous le croyez. Bain comptait une bonne douzaine de définitions du mot « conscience », ce qui est beaucoup pour une notion à quoi, tout de go, l'on veut donner droit de cité dans une science. Ce n'est pas tout, du reste : tenons-nous aux définitions classiques : quand j'étais à l'école, nos manuels disaient : « La conscience est la connaissance immédiate que l'âme a d'elle-même. » De nos jours, Bergson s'exprime à peu près identiquement : « Cette activité que nous sentons au fond de nous, c'est elle, notre âme, notre conscience. »

Néo. — Voilà qui est fort bien dit !

Ali. — Je n'y contredirai point. Mais ne croyez-vous pas que l'âme soit un grave problème et de la compétence des philosophes.

Néo. — Je le pense bien ! le problème le plus capital de la métaphysique !

Ali. — Et qu'il n'est, en aucune façon, du ressort de la médecine, même de la médecine mentale de le trancher ?

Néo. — Chacun son métier.

Ali. — C'est tout à fait ce que je disais, il n'y a qu'un instant, la conscience n'importe pas aux psychiatres, si savants soient-ils. La conscience ne peut donc avoir pour les aliénistes une importance scientifique quelconque, car des médecins n'ont pas à s'occuper de métaphysique, ni de notions métaphysiques où ils sont incompétents et sur lesquelles sont loin d'être parfaitement d'accord les philosophes.

Néo. — Il est vrai que les métaphysiciens ne sont jamais unanimes, jamais.

Ali. — Les médecins ont du moins l'anatomie et la physiologie élémentaires. On ne peut donc faire fond en psychiatrie sur inconscient et conscient.

Néo. — Alors pourquoi faire une catégorie d'obsessions conscientes ? puisque les aliénistes usent du mot « conscient », pourquoi refusent-ils aux Freudistes de parler, je ne dis pas d'Inconscient, mais de processus inconscients ?

Ali. — Mais ce sont les malades qui disent qu'ils ont conscience de leur idée obsédante, et les aliénistes reproduisent les dires des malades, sans partager leur conception philosophique. Quand un aliéniste diagnostique « persécuté », il ne croit pas, ce faisant, à la réalité de la persécution. Cette persécution, comme la conscience de l'obsédé, est une affaire subjective, une croyance, une opinion. Mais, particulièrement pour l'obsédé, le médecin n'admet que les symptômes objectifs : angoisse, tremblement, sueurs, etc. Ce sont ces signes qui imposent le diagnostic d'obsession avec conscience et pas du tout le sentiment du malade, la connaissance que celui-ci prétend avoir d'une impossibilité de refoulement, d'un conflit.

Si vous préférez, le médecin rapporte le propos du malade comme un symptôme sans garantir l'exactitude du symptôme. Encore : dans un interrogatoire, on demande au malade : « Buvez-vous ? » Si la réponse est : « Non, je le jure sur les cendres de ma mère ! », on conclut que ce serment est celui d'un alcoolique et même qu'il est à peu près caractéristique.

Ce n'est pas d'avoir des lézards dans le ventre qui implique un délire de persécution, mais c'est le fait de le dire et de le croire : de même en est-il pour toutes les hallucinations, qui ne sont peut-être que des allégations, des interprétations de la part des malades et n'ont en soi, pour le médecin, aucune portée existentielle.

Néo. — Cela, je ne le conteste pas. Les discussions sur les hallucinations dite psychiques, le prouvent bien. Pour plus de commodité, et il nous faut l'avouer aussi, par incapacité de faire mieux, nous classons les symptômes mentaux d'après les racontars des aliénés, de même que l'on pourrait classer les menteurs d'après les genres de leurs assertions dont on ne serait pas un instant dupe.

Ali. — C'est tout à fait cela : les Aliénistes classent des erreurs, des illusions, des interprétations, des mensonges, qu'à première vue, celle des profanes, ils semblent prendre pour argent comptant. Il est possible, que par inadvertance, entraînés surtout par un langage traditionnel, par des habitudes de pensée courantes et usuelles, ils perdent quelquefois de vue la nécessité d'une restriction préalable et qu'il serait banal ou monotone de répéter : mais aucun, à la réflexion, n'omettra de convenir qu'il n'admet pas un instant les explications proférées

par les malades. La probité scientifique oblige à cette duperie apparente, puisque l'on doit transcrire fidèlement les propos des malades, les transcrire, et les redire.

Vous voyez, maintenant, j'espère, pourquoi, si vous entendez les aliénistes parler d'obsessions conscientes, il ne faut pas en conclure que le qualificatif est adopté, dans leur science, avec son sens subjectif, philosophique, ni que la psychiatrie, — en France — admette la conscience à la base de certaines espèces nosologiques.

Néo. — J'en suis convaincu, mais il n'était pas mauvais, avouez-le, de préciser le sens d'aspect trouble qu'offre un terme usité couramment par des spécialistes qui, par principe, se refusent à introduire autrement que par hasard ou par imitation le mot « âme » presque synonyme de « conscience » dans leurs conceptions purement médicales.

Ali. — L'essentiel, entre nous, c'est que vous abandonniez nettement l'opinion que l'usage d'un terme extra-médical puisse être un motif pressant pour ne pas rejeter hors de la psychiatrie positive la doctrine extra-médicale de Freud, doctrine extra-scientifique, jugent Régis et Hesnard qui estiment que les conceptions générales qui ont présidé au développement de la Psychanalyse ne peuvent absolument pas être prises pour des idées scientifiques ; en un mot une métapsychiatrie, selon Kræpelin.

Néo. — J'avais un peu l'espoir de sauver par là le qualificatif d'inconscient. J'abandonne, non sans quelque déception, mon espoir, mais, mais, je ne me tiens pas encore pour battu, dans ma tentative de sauver l'inconscient.

Ali. — Ecoutez, je cherche en vain ce que, terre-

neuve obstiné que vous êtes, vous pouvez avoir à tendre comme perche à cet inconscient : il me fait l'effet d'être noyé et l'inconscient est effectivement la composante majeure du freudisme ou, pour mieux dire, de la psychanalyse : le reste du freudisme, pansexualisme, principalement, appartenant à la morale.

Néo. — Pour l'aliéniste et tout autre médecin, sur le terrain technique, les jugements moral ou immoral sont étrangers à sa compétence. De même pour les jugements responsable ou irresponsable...

Ali. — Volontaire ou involontaire, conscient ou inconscient. Mais il doit être entendu que si le spécialiste, à la rigueur, comme citoyen plutôt que comme médecin, s'adresse au public, à des juges, des jurés, des administrations, il peut employer inconscient, responsable, etc.

Néo. — Je suis de cet avis. Donc, en temps que médecins nous avons à chercher les conditions anatomiques et physiologiques ou simplement cliniques mais, si nous déclinons notre compétence au sujet d'un problème, nous n'en nions pas l'objet obligatoirement.

Ali. — Non ! mais il pourra arriver qu'on découvre les conditions, le mécanisme, etc. d'un objet réputé hors de notre atteinte et qu'on puisse ainsi nier ou affirmer à propos de l'objet en question, définitivement, et rejeter ses pseudo-explications métaphysiques.

Néo. — Croyez-vous donc que la Science puisse retirer un problème à la Philosophie ?

Ali. — Il suffit qu'il soit mal posé et que l'on ait imprudemment introduit la Philosophie où elle n'a rien à faire. Vous connaissez la célèbre aventure de

Pasteur, jurant ses grands dieux que la synthèse de certains cristaux d'acide tartrique était impossible à l'homme, l'étant seulement à des activités étudiées en métaphysique et en théodicée ? Au laboratoire de Berthelot ces activités furent inutiles, cela sans objections possibles. On se demande encore quelle mouche avait bien pu piquer Pasteur et l'amener à proférer une si solennelle sottise.

Excluons donc de la Psychiatrie les idoles de secte et de langage, de même que nous avons exclu de la physiologie intestinale le proverbial dieu Crepitus, de la pathologie, la déesse Febris, tout de même qu'Ossipago, l'antirachitique et Lucina l'antidystocique, etc., tous si chers aux Romains.

Le cas de Pasteur est donc un exemple de problème définitivement soustrait de la pure Philosophie et ses spéculations au profit de la physico-chimie.

Néo. — Et Freud serait, à vos yeux, un type dans le genre de Pasteur ?

Ali. — De Pasteur dans l'erreur, de Pasteur mêlant et confondant Science et Métaphysique ou Théologie. Nous ne pouvons naturellement empêcher nos malades, nos clients, les profanes, le public « cultivé », mais ignorant nos acquisitions pratiques et techniques, de se figurer qu'une maladie est en relation obligée, essentielle, avec une opinion, une croyance. Nous excusons le médecin de clientèle de dire et d'écrire comme elle ; mais cette attitude d'esprit fautive nous impose de réagir en préconisant une orthopédie mentale et en attaquant le mal, l'erreur, la déviation mystique, énergiquement.

Néo. — Je sens comme vous, mais ne réussis pas à faire autant la part des deux attitudes.

Ali. — Tout est là cependant. A chacun son métier : Juges, Philosophes, Hiérophantes, Moralistes, Thaumaturges d'un côté, techniciens médicaux, physiologistes, biochimistes, aliénistes de l'autre ; sinon ce sera la chute dans la littérature ou le Premier-Paris quotidien, dans la vulgarisation et sa médiocrité obligée, dans la Pataphysique, ou, s'il m'est permis d'emprunter à Taine, dans la blagologie et la psychiatrie du doigt dans l'œil.

(*à suivre*).

AMELINE,
(*Ainay-le-Château*).

LES VOIES D'ENTRÉE DANS LA DÉMENCE PRÉCOCE

Par M. G. HEUYER, Mlle BADONNEL et M. BOUYSSOU

La maladie qu'Esquirol appelait « Idiotie acquise ou accidentelle » et que Morel a décrite sous le nom de « Stupidité ou de Démence juvénile » a été l'objet de nombreux travaux en ces dernières années.

Kahlbaum avait décrit la catatonie ; Hecker avait réuni l'ensemble des formes sous le nom d'hébéphrénie.

En 1893, Emil Kraepelin a groupé toutes les descriptions antérieures embrassant, en une entité clinique, la démence précoce. Il la caractèrise comme une maladie propre de la jeunesse, de nature nettement organique, de symptomatologie polymorphe et diffuse, d'évolution vers un processus de destruction de la personnalité psychique. Il en a décrit les quatre formes cliniques principales : la démence précoce simple, l'hébéphrénie, la catatonie et la démence paranoïde.

En 1911, Bleuler, professeur de psychiatrie à Zurich, a critiqué le terme de démence donné à cette maladie et a proposé de lui substituer celui de schizophrénie, qui équivaut au sens de *dissociation mentale*. Pour cet auteur, le caractère fondamental qui permet de réunir en un seul groupe les cas apparemment très dissemblables d'hébéphrénie et de catatonie, consiste en un processus de désintégration et de rupture des associations d'idées. Celles-ci s'organisent en de nouveaux groupes dont les éléments absurdement réunis, n'ont entre eux aucune liaison logique, de telle sorte que les phrases qui les expriment paraissent incohérentes, extravagantes et inintelligibles.

Bleuler a montré que ces absurdités ne sont qu'apparentes. A la base de la schizophrénie, est une perturbation profonde de l'affectivité telle que le

malade a rompu toute relation avec le monde extérieur et qu'il garde une absolue indifférence à tout ce qui l'intéressait naguère. Replié sur lui-même, il ne suit plus qu'une vision intérieure ; il est réfugié dans son « *autisme* ». Finalement, la perturbation affective se traduit par ce que Bleuler a appelé l' « *ambivalence* », telle que chaque idée est animée de deux sentiments opposés et contraires ; une même personne, un seul objet, déterminent simultanément chez un schizophrène, deux tendances opposées, deux réactions qui peuvent se réaliser indépendamment l'une de l'autre. Dissociation d'idées, autisme et ambivalence constituent le trépied fondamental de la schizophrénie dans la conception nouvelle de Bleuler, actuellement à la mode.

La conception de Bleuler est dérivée directement de la psychanalyse ; les élèves de Bleuler et la plupart des auteurs qui ont adopté la notion de la schizophrénie sont allés plus loin que lui dans la voie psychanalytique qui fait du trouble affectif la base essentielle de la démence précoce.

Nombreux sont les auteurs qui admettent actuellement que dans la schizophrénie, il existe peut-être une affection organique, la vieille catatonie de Kahlbaum, qui représenterait tout ce qui reste de la démence précoce de Morel.

Toutes les autres formes constitueraient vraiment la schizophrénie due à un trauma affectif survenu dans l'enfance. Le rôle de la psychanalyse serait de rechercher dans les propos et dans les actes apparemment absurdes du malade, les complexes profonds, la cause d'origine affective et probablement sexuelle, dont les manifestations délirantes ne seraient que les symboles.

Maladie sans lésion, la schizophrénie serait un trouble fonctionnel de l'esprit. Elle ne serait pas le produit d'une infection, d'une intoxication ou d'une dystrophie héréditaire, elle ne serait que l'exaspération d'un trouble de l'affectivité et sa thérapeutique consisterait en une psychothérapie psychanalytique.

Dans le remarquable livre de Minkowski sur la

schizophrénie est exposée cette conception de l'origine affective de la schizophrénie. Pour cet auteur, le trouble essentiel de la schizophrénie est la perte du contact vital avec la réalité. Tout imprégné de pensée bergsonienne, Minkowsky donne de la schizophrénie une explication purement psychologique.

Ainsi la schizophrénie est devenue une maladie mentale énigmatique, intermédiaire entre les psychonévroses et les psychoses organiques graves. Sa symptomatologie est protéïforme sans signes cliniques bien établis ; son étiologie et sa pathogénie sont strictement psychologiques. Seule la psychanalyse permet de comprendre la valeur et l'origine des symptômes, d'approcher le malade réfugié dans son autisme et inabordable ou incompréhensible par tout autre moyen.

Une telle conception d'une maladie répugne à nos habitudes médicales. Même en psychiâtrie, ce n'est pas en psychologue que nous avons l'habitude d'aborder les malades, mais en médecin pour faire le diagnostic, chercher une lésion et proposer un traitement.

En toute maladie, la méthode qui a donné des résultats pratiques et probants a été anatomo-clinique. Dans les maladies viscérales, comme dans les maladies mentales, la méthode anatomo-clinique se sert de tous les renseignements et de tous les avantages fournis par la physiologie et les sciences accessoires, même la psychologie expérimentale. Mais ce n'est pas une technique spécialisée comme cette chimie de l'inconscient qu'est la psychanalyse, qui peut faire le diagnostic d'une affection et nous renseigner sur ces causes.

Les maladies mentales ont les mêmes causes que les maladies générales. Le siège des lésions est différent, mais le déterminisme est le même. Cette loi pathogénique, jusqu'à présent, a permis de faire des progrès en psychiâtrie comme en neurologie et en médecine générale. Nous pensons qu'il doit en être de même quand il s'agit d'étudier une maladie mentale comme la démence précoce.

Sans doute la notion de schizophrénie a apporté des éléments nouveaux et l'étude psychanalytique des

malades a permis d'expliquer certaines attitudes, certains propos, certains délires incompréhensibles, si l'on s'en tient à la lettre même du symptôme, mais explicables dès que celui-ci apparaît comme le symbole d'un souvenir infantile. Le contenu du délire s'explique quelquefois par la psychanalyse et la notion de l'ambivalence a apporté quelque clarté dans la traduction des propos du dément précoce.

Nous acceptons moins facilement l'explication du syndrome schizophrénique par l'autisme et la perte du contact vital avec la réalité. C'est une théorie psychologique pittoresque qui montre le dément précoce optant pour son monde intérieur après avoir perdu le contact avec la réalité extérieure, mais nous ne croyons pas que ce soit là une vue clinique exacte ou, en tout cas, elle ne s'applique pas strictement à la schizophrénie.

Quand on veut donner d'une maladie une définition, il faut que celle-ci s'applique « toti et uni » à tout le défini et rien qu'au défini. Or, il n'est pas une maladie mentale, pas une psychose, en tout cas pas un délire dont on ne puisse dire que le malade est réfugié dans son idée délirante et qu'il a perdu le contact avec la réalité. Chez tout malade, quel qu'il soit, même le mélancolique, il y a un autisme.

La notion de l'autisme et de la perte du contact avec la réalité extérieure a fini par déborder le cadre primitif de la schizophrénie. Celle-ci absorbe peu à peu toutes les autres maladies mentales et nous avons entendu un disciple de Bleuler soutenir que certains symptômes de l'alcoolisme subaigu sont une modalité de la schizophrénie.

Kraepelin avait fait entrer dans la démence précoce les démences paranoïdes. Actuellement la schizophrénie a attiré dans son cadre tous les délires de persécution, toutes les hallucinations, tous les syndromes d'influence. A s'étendre ainsi, et il ne pouvait guère en être autrement avec la notion de l'autisme, la schizophrénie finit par perdre sa valeur descriptive et elle devient vague et imprécise. Elle est menacée d'avoir le

même sort que la théorie de dégénérescence mentale dont nous ne referons pas la critique après la thèse magistrale de Genil-Perrin.

Plus exact, dans la description de la schizophrénie, en est le premier terme : la dissociation de la personnalité. Encore faut-il s'entendre et essayer de préciser la nature de cette dissociation. Elle est à la fois d'ordre intellectuel, d'ordre affectif et d'ordre pragmatique. Elle est contenue toute entière dans la notion de la discordance que l'on doit à Chaslin. Cette discordance nous paraît le syndrome essentiel et caractéristique de la schizophrénie ; elle s'applique aux trois aspects de la personnalité que nous avons indiqués : l'intelligence, l'affectivité et l'activité, non seulement dans leurs rapports l'un avec l'autre mais encore dans les éléments mêmes qui constituent chacun de ces termes.

1° Il y a discordance intellectuelle comme on l'a montré maintes fois. Chacune des fonctions mentales est isolément conservée. La mémoire est généralement intacte. Les jugements élémentaires sont possibles ; les rapports concrets peuvent être établis, mais il y a incapacité d'établir des rapports abstraits. Le raisonnement est troublé. Il y a impossibilité pour le malade à rassembler et à coordonner des faits du même ordre, à les abstraire pour en isoler une idée générale ou, quand celle-ci est exprimée, on se rend compte rapidement qu'elle n'a qu'une valeur verbale et qu'il y a seulement assemblage de mots appris et récités, répétés sans critique et sans coordination logique. Le fonctionnement de l'intelligence ressemble à un jeu de patience dont on a brouillé les cubes.

2° Il y a discordance affective : le malade qui est capable de reconnaître ses parents et les personnes pour lesquelles il manifestait autrefois de l'affection, ne se montre plus capable d'émotion et d'affectivité en leur présence et devient indifférent à ce qu'il aimait naguère. Le malade reste indifférent à la nouvelle de la mort de sa mère et il n'est plus capable d'émotion quand on évoque devant lui le souvenir de ses gloires

et de ses succès. On peut dire sans doute qu'il y a perte du contact vital avec le monde extérieur mais il n'est pas évident que le malade soit réfugié en un monde intérieur où il trouve sa satisfaction. Il devient en réalité étranger à l'ensemble des acquisitions affectives qui constituaient le fond de sa personnalité et s'il ne s'émeut pas à la mort de sa mère, c'est que le souvenir affectif qu'il avait de celle-ci s'est étrangement transformé.

3° Discordance de l'activité pragmatique. Le malade qui conserve une excellente mémoire et, au début du moins de sa maladie, un raisonnement logique suffisant pour se conduire et se diriger, montre pourtant dans sa conduite des réactions bizarres, étranges et apparemment inexplicables. En réalité, la désagrégation intellectuelle se traduit par une désagrégation de l'activité. De même qu'il est incapable d'établir des rapports entre des idées semblables ou dissemblables, de même, dans son activité, les actes se contredisent et prennent très souvent une allure d'ambivalence. C'est un des aspects de la loi psychomotrice sur laquelle insistait Dupré.

Le schizophrène n'est pas, comme on l'a dit, un habitant du monde psychologique, mais son activité fragmentaire et incoordonnée est l'expression même de sa désagrégation psychique. Ses bizarreries, ses stéréotypies, ses impulsions, son négativisme, son langage incohérent et jargonophasique, son évolution progressive vers l'immobilité et la passivité sont la représentation des progrès de la désagrégation intellectuelle qui est plus profonde qu'elle n'apparaît d'abord.

La notion de discordance a une valeur essentielle pendant toute la durée de la maladie. C'est au début de la démence précoce qu'elle est la plus manifeste, lorsque la mémoire qui est une des fonctions cardinales de l'intelligence, semble résister à la désagrégation. Mais peu à peu, la discordance s'accompagne d'un fléchissement, des fonctions mentales, encore que ce fléchissement se reproduise inégalement sur chacune d'elles. A

la fin de l'évolution de la maladie, lorsque le malade est catatonique et passif, la discordance paraît moins évidente, mais elle se manifeste de nouveau au cours d'une rémission ou d'une modification du syndrome catatonique.

On a dit justement du dément précoce qu'il était moins dément qu'il ne le paraissait. En réalité, beaucoup de schizophrènes sont plus profondément dissociés et diminués qu'ils semblent l'être.

Les manifestations simples de l'intelligence que régissent des mécanismes automatiques comme la mémoire, persistent le plus longtemps, mais les fonctions qui occupent dans le psychisme un rôle hiérarchiquement supérieur déclinent les premières. C'est la loi commune à toutes les psychoses dont la preuve organique est faite.

Il n'est pas rare de trouver des malades intelligents, instruits, encore capables d'introspection qui décrivent leurs troubles du début avec une précision surprenante. Il est des malades qui traduisent exactement l'impression de malaise de diminution de la volonté, d'incapacité de raisonner et qui viennent spontanément demander une explication au médecin, mais nous connaissons aussi de semblables réactions au début d'autres psychoses organiques. Il n'est pas rare qu'un paralytique général vienne consulter spontanément pour des symptômes auxquels il accorde une importance légitime, de même que le dément sénile demande un traitement pour les troubles de la mémoire dont il a conscience.

Au point de vue clinique, le symptôme qui définit et caractérise la démence précoce est la discordance notée par Chaslin et qu'on retrouve sur les 3 plans : intellectuel, affectif et pragmatique.

Multiples sont les types cliniques de la démence précoce au début. Nous ne voulons pas ici en exposer les formes cliniques qui sont très diverses. Nous acceptons volontiers le terme de schizophrénie si on veut le limiter au terme de démence précoce de Kræpelin, et nous emploierons identiquement le terme de démence pré-

coce en lui donnant sa signification la plus large, celle de « psychose de forme hébéphrénique ou discordante avec ou sans état délirant plus ou moins systématisé, survenant chez un sujet jeune et évoluant vers la chronicité ».

L'étiologie psychologique de cette maladie n'est pas démontrée ; les notions d'autisme et de perte du contact vital avec la réalité ne sont ni des symptômes caractéristiques de la maladie, ni des explications pathogéniques suffisantes. Elles peuvent expliquer le contenu du délire, elles n'expliquent pas l'éclosion du délire.

Pour étudier l'étiologie et la pathogénie de la démence précoce, il y a deux procédés : l'un anatomique et l'autre clinique. Le procédé anatomique cherche les lésions caractéristiques de la maladie et les reproduit expérimentalement. Jusqu'à présent, les preuves anatomiques des lésions de la démence précoce sont discutées. Kræpelin, Klippel, Bayard-Holmès, Buscaino, Ciarla, Von Monakow et tout récemment M. Marchand sont des partisans de la théorie organique de la démence précoce. Cette théorie fait de la psychose une maladie organique identique à toutes les autres sous la dépendance des mêmes causes infectieuses, toxiques ou dystrophiques.

Bleuler admet une origine anatomique de la maladie et accepte la possibilité de lésions cérébrales produites par un trouble du métabolisme, mais il suppose l'existence d'un terrain, d'un tempérament schizoïde qui favorise le développement du processus cérébral schizophrénique.

M. Claude distingue la démence précoce de Morel ou hébéphréno-catatonie de Kahlbaum-Hecker dont il admet l'origine organique et les lésions localisées dans les cellules corticales et un autre groupe d'altérations mentales qu'il désigne sous le nom de schizoses et qu'il divise en 3 sous-groupes : schizoïdie, schizomanie, schizophrénie. Les schizoses seraient dues, d'après M. Claude à une altération fonctionnelle des associations cortico-thalamo-striées.

Quant à Bumke, successeur de Kræpelin à Munich, il n'admet plus l'existence d'une maladie schizophrénique, mais plutôt d'un syndrome dont les éléments symptomatiques et étiologiques divers résultent indistinctement d'une cause infectieuse, toxique, humorale ou même purement psychique.

Sans étudier les formes cliniques proprement dites et sans rappeler les lésions qui ont été décrites et qui ne sont point admises par tous les auteurs, nous voulons seulement exposer le mode d'expression des premiers signes de la démence précoce. Quelquefois, l'éclosion se fait brusquement avec des phénomènes infectieux. Dans d'autres cas, l'évolution se fait sur un terrain prédisposé et dégénéré, ou bien la maladie se manifeste sous forme de syndromes auxquels on reconnaît de plus en plus une origine organique.

En étudiant les voies d'entrée dans la démence précoce, nous pensons peut-être apporter quelque clarté sur l'étiologie de la maladie, sur son origine organique ou psychologique.

C'est ainsi que nous avons classé nos observations de début de la démence précoce en 4 catégories :

1° Démence précoce survenant chez des individus présentant des tares physiques ou mentales ;

2° Démence précoce apparaissant après un épisode confusionnel d'apparence toxi-infectieuse ;

3° Démence précoce évoluant après des symptômes de perversion morale ;

4° Démence précoce survenant chez des individus intelligents exempts de tares héréditaires ou acquises.

Cette classification, suivant les voies d'entrée dans la démence précoce, nous permettra dans certains cas de préciser l'étiologie. S'il est des cas dans lesquels cette étiologie reste obscure, du moins, si l'évolution de la maladie reste la même que dans ceux où l'origine organique est certaine, il n'est pas exagéré d'en inférer que la pathogénie est de même nature dans tous les cas.

Groupe I

On trouve dans les antécédents des parents des prédispositions héréditaires au déséquilibre ou bien une maladie infectieuse et très souvent la syphilis.

Chez l'enfant, au cours de son premier développement, on observe un retard psycho-moteur dans l'apparition de la parole, de la marche, de la propreté. Très souvent, l'enfant présente un certain degré de débilité intellectuelle qui se manifeste par un retard pédagogique et par l'incapacité d'apprendre un métier. Très souvent, la débilité motrice est associée à ce syndrome ; l'énurésie peut persister très longtemps, les réflexes restent vifs, il y a de la paratonie musculaire et de la maladresse. En somme, l'enfant est considéré comme un débile, mais vers l'âge de 13 ou 14 ans, ou plus tard, il devient indifférent à son milieu. Il reste dans un coin sans s'occuper, son inactivité devient totale, il est inerte. Il est rare que dans cette forme on constate du délire, quelquefois, le malade fait des fugues, mais, en général, c'est une forme de démence précoce simple.

Dans sa thèse, Bouyssou a rapporté deux observations dans lesquelles des enfants jusqu'alors débiles intellectuels sont devenus, à l'âge de la puberté, des déments précoces. Dans ces deux cas, il y avait une lourde hérédité psychopathique : dans l'un, il s'agissait d'un enfant naturel dont la lignée maternelle était lourdement chargée de tuberculose ; dans l'autre, le père, alcoolique, avait disparu et deux frères du père étaient morts de méningite en bas âge.

Ces formes de démence précoce évoluant sur un terrain lourdement chargé rentrent exactement dans le cadre étudié par Morel sous la rubrique des « Folies héréditaires des dégénérés » (1852). Ce sont elles aussi que désigne Régis dans la première catégorie de sa classification des démences précoces, comme répondant au « type constitutionnel dégénératif chez des sujets tarés héréditairement ».

Régis pense que l'évolution vers la démence précoce est due à l'influence auto-toxique du processus pubéral. Régis a rencontré dans ces groupes les trois formes de Kræpelin, surtout la forme hébéphrénique. En réalité, il nous a paru que l'hébéphrénie délirante est rare chez ces sujets dont les conceptions sont indigentes par constitution.

Morel considère le processus psychopatique comme lié à des causes organiques héréditaires. Peut-on admettre que la démence précoce s'est développée indépendamment de cette prédisposition et qu'elle garde un caractère autonome ? Pour notre part, nous pensons que toutes les causes de morbidité, héréditaires et acquises, peuvent favoriser l'apparition de la démence précoce par les lésions ou par les déformations diverses qu'elles établissent. Dans les cas que nous avons rencontrés, les tares héréditaires étaient très lourdes ; souvent, nous avons trouvé de l'hérédo-syphilis.

Nous rappellerons l'opinion de Toporkow qui, dans un article paru dans les Archives de Psychiatrie de Berlin, affirme que chez les individus atteints de démence précoce, on peut trouver des signes de syphilis nerveuse et que la démence précoce révèle l'existence d'une syphilis familiale. Il affirme la nécessité d'étendre le traitement et les soins à tous les membres de la famille.

Certainement, dans quelques cas, on trouve chez des déments précoces une hérédité spécifique certaine. Une de nos observations concerne un jeune homme qui était très suspect de démence précoce et dont le Wassermann du sang était positif. Il bénéficia d'une façon remarquable du traitement spécifique.

Obs. I. — Laf..., 18 ans.

Antécédents héréditaires : Père bien portant, mère toujours malade. Une tante devenue folle à la suite d'une fièvre typhoïde.

Antécédents personnels : Né à terme, accouchement très long et difficile, l'enfant paraissait mort et on lui fit la respiration artificielle. Première dent à 11 mois, marche à 17 mois, propreté à 2 ans, parole à 2 ans 1/2. Hernie inguinale

à la naissance ; cette hernie a été opérée à l'âge de 16 ans. A l'âge de 3 ans, les médecins auraient déclaré qu'il avait une méningite, sans qu'on puisse préciser l'existence de convulsions.

Scolarité : De 3 à 14 ans. Travaillait très bien, a été bien noté jusqu'à l'âge de 13 ans. Depuis n'a plus rien fait, était distrait, quelquefois agité, empêchait les autres enfants de travailler. A l'âge de 7 ans, avait fait une fugue, s'était sauvé de la pension où il était pour retourner dans sa famille. Il fit 7 km à pied pour prendre le train.

Il resta dans sa famille jusqu'à l'âge de 15 ans. Son père est photographe et essaya de l'occuper à son métier, mais l'enfant, d'abord intéressé, se lassa peu à peu. Il présentait des crises d'irritabilité et de colère, quelquefois sans raison, brusquement lacérait les épreuves des photographies et les dessins qu'il avait faits. Son père le plaça chez des amis, à Montbéliard, comme cuisinier. Au bout de quelques jours, il partit brusquement à la suite d'une discussion avec son chef. Il déclara qu'il rentrait chez ses parents ; il vendit sa bicyclette, partit à Marseille et se plaça chez un confiseur. Il écrivit à ses parents pour leur dire qu'il voulait rentrer, mais la lettre indifférente et banale ne comportait aucun mot d'excuse, aucune explication ; sa famille lui envoya de l'argent et à son retour, indifférent, rêveur, il paraissait suivre une idée avec persistance. Il ne montrait aucune affectivité familiale, sauf avec sa jeune sœur. A noter qu'avec celle-ci, il ne s'entendait pas quand il était plus jeune et une fois même il avait voulu la noyer.

A l'examen, il montrait une certaine conscience de son état morbide et demandait à être soigné, mais ses réponses étaient confuses, bizarres, mal adaptées, avec un raisonnement puéril. Ce qui dominait à l'examen, c'était l'indifférence totale à son sort.

Pris en observation, il se comporta assez bien. L'examen du sang donna une réaction de Bordet-Wassermann positive et un Hecht positif. La ponction lombaire donna un liquide normal, sans réactions appréciables, avec un Wassermann négatif. Pendant un an, le jeune Laf... reçut un traitement intensif de sulfarsénol, bismuth, injections intra-veineuses de cyanure de mercure, et revu un an après, le Wassermann était devenu négatif. En même temps, la situation mentale s'était beaucoup améliorée. Revenu chez son père, il travailla à la photographie ; encore indifférent et travaillant mollement. Il était néanmoins beaucoup mieux, n'avait plus de réactions brusques et violentes, pas de tics et avait une conversation plus normale.

Revu une troisième fois, le 4 février 1928, l'amélioration persistait, mais il se montrait encore fatigable, voulait changer de travail et il présentait une insensibilité inquiétante. Il aimait aller à l'abattoir voir tuer des bêtes.

Dans cette observation, nous ne voulons pas dire qu'il soit possible de guérir, ni même d'améliorer la démence précoce par un traitement spécifique ; toutefois, nous insistons sur ce fait que ce malade, quand il s'est présenté à nous et pendant le temps de son observation, a été examiné par d'autres médecins, et il était impossible, étant donné son comportement de ne pas penser à un début d'état schizophrénique. Il est non moins certain qu'un traitement spécifique et prolongé pendant 18 mois a singulièrement amélioré la situation. A notre dernier examen, nous avons cependant continué à penser que l'avenir mental restait très réservé.

Dans des cas où il s'agissait d'une démence précoce confirmée, le traitement spécifique fut inactif, même quand le Wasserman était positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Mais si nous ne pouvons souscrire à l'opinion de Toporkow, si nous ne pouvons admettre que la démence précoce soit due à une hérédité syphilitique, par contre, il nous paraît certain que la fragilité cérébrale constitutionnelle et une lourde hérédité, surtout spécifique, peuvent être un terrain favorable pour l'éclosion ultérieure d'une démence précoce.

Observation 2 : Le 6 mai 1927.

P... E..., 13 ans 1/3. Enfant naturel. Est amené par sa tante qui désire le faire examiner avant de l'envoyer à la campagne. Une sœur âgée de 18 ans est en bonne santé, mais deux frères sont morts en bas âge d'une affection méningée. Père inconnu. Mère morte de tuberculose pulmonaire, il y a 5 ans. 6 frères et sœurs sont actuellement bien portants. Une sœur est morte tuberculeuse. Le grand-père maternel est mort de la même affection. La grand'mère est bien portante.

Sujet : On n'a aucun renseignement sur son premier développement. Il présente encore de l'énurésie par intermittence. A l'âge de 8 ans, sa mère étant morte, c'est une tante qui se charge de lui. Elle le place aussitôt à l'Orphelinat de

St-Denis. Après y être resté 4 ans, il en sort à 13 ans, âge limite.

Scolarité : Il suit la classe jusqu'à 13 ans, mais reste très en retard. Ne peut obtenir son certificat d'études. Sa conduite est bonne. La lecture est hésitante et inexpressive. La compréhension des chose lues est vague et lacunaire. L'écriture, bien que régulière, est lente et révèle la méconnaissance élémentaire de l'orthographe. De même le calcul est assez satisfaisant, mais manque de promptitude. Il connaît mal sa table de multiplication. Retard scolaire. Age mental : 11 ans.

Lenteur psychique.

A la maison, comme à l'école, il reste dans un coin des heures entières, indifférent et muet. Il a travaillé dans le vernis, en qualité d'apprenti. On ne se plaint pas de lui. Un de ses cousins, placé avec lui, l'aide souvent dans son travail. Il gagne 30 francs par semaine. Pas de perversions, n'est ni menteur, ni voleur, ni coléreux. Spontanément indifférent à tout. Il faut lui dire d'aller jouer, et s'il obéit, il ne recherchera que la compagnie des petits enfants, avec lesquels il s'entend bien. Il aime les animaux et joue volontiers avec eux sans chercher à leur faire de mal.

D'après sa tante, qui le connaît depuis l'âge de 8 ans, il ne parle jamais, semble n'avoir aucun goût pour quoi que ce soit. Pas d'onychophagie. Il mange et dort bien. On le surprend quelquefois à déchirer de petits bouts de papier en marmottant seul dans un coin.

Quand on l'interroge, il répond : « Je ne sais pas ». Ne manifeste ni satisfaction, ni déplaisir.

Présente quelques poils pubiens et d'autres signes de prépuberté.

Conservation des attitudes.

Il est l'objet de la note suivante (Dr Heuyer) :

Démence précoce probable. Inertie, indifférence. Conservation des attitudes. Internement.

Observation 3 : C... R..., 16 ans 1/2. Entre au Patronage le 21 mars 1927.

Fils unique. Le père alcoolique a disparu. On ne peut obtenir d'autres renseignements sur lui. La mère est bien portante. Elle a eu deux autres enfants qui sont morts de méningite, à l'âge de 1 an 1/2 environ.

Le grand'père maternel est mort. La grand'mère, âgée de 70 ans, se trouve actuellement en bonne santé.

Sujet : Marche : 2 ans 1/2.

Parole : 2 ans 1/2.

Propreté : 6 ans.

Maladies antérieures : Rougeole à 5 ans.

Scolarité : A été à l'école de 5 à 13 ans, où il a pu atteindre la première classe. Il lit couramment, mais de façon monotone et sans expression. Ne semble pas comprendre ce qu'il vient de lire et ne répond rien si on l'interroge à ce propos.

L'écriture est assez bonne, mais on trouve des fautes d'orthographe bizarres. Le calcul est assez bon, quoique lent. Il sait sa table de multiplication. A dû redoubler une classe. Présente un âge mental de 10 ans environ. Ses réponses sont lentes. A la maison, il se montre indifférent, inerte, assez docile, mais lent dans l'exécution des ordres qui lui sont donnés. Ne répond pas aux questions un peu compliquées.

Il a fait plusieurs fugues sans raison, mais est chaque fois rentré le soir à la maison.

On a noté de la conservation des attitudes.

La voûte palatine est ogivale. Les dents sont très mal plantées.

Diagnostic : Démence précoce au début. Inertie, Passivité, Indifférence affective. Impulsions, Fugues. Antécédents de retard du développement psycho-moteur.

Dans cette forme, la nature organique de la maladie est en quelque sorte signée par les stigmates anatomiques qui accompagnent les signes de dégénérescence mentale constitutionnelle.

(à suivre).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 31 DÉCEMBRE 1928

Présidence de M. LEROY, président

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

M. Henri Colin, *Secrétaire général.* — Le rapport de la Commission des finances sera lu à la séance de janvier.

Comme les années précédentes, la 5e Commission du Conseil municipal, présidée par M. Ambroise Rendu et sur la proposition de notre collègue M. Calmels a renouvelé à notre Société l'allocation d'une subvention de 5.000 fr. Votre bureau vous propose d'adresser à M. A. Rendu, à M. Calmels et aux membres de la 5e Commission nos bien vifs remerciements. (Adopté).

Notre secrétaire, M. Bussard, retenu par de multiples occupations, est dans l'impossibilité de continuer ses fonctions et demande à être remplacé. Nous regrettons la décision de notre collègue et vous vous associerez certainement à votre bureau pour le remercier de sa collaboration si dévouée. (Assentiment.)

Elections

Il est procédé au renouvellement du Bureau.

En remplacement de M. Janet, vice-président, qui devient, de droit, président de la Société pour 1929, il est procédé à l'élection d'un vice-président.

Election d'un vice-président

Nombre de votants : 23

M. Capgras, 22 voix ; M. Mignot, 1 voix.

M. Capgras est élu vice-président de la Société pour l'année 1929.

Réélection du secrétaire général

Nombre de votants : 23

M. H. Colin, 21 voix ; M. Beaudouin, 1 voix ; bulletin blanc, 1.

M. H. Colin est réélu secrétaire général.

Election des secrétaires des séances

Nombre de votants : 23

M. Guiraud, 18 voix ; M. Minkowski, 16 voix ; M. Courbon, 3 voix ; M. Beaudouin, 1 voix.

MM. Guiraud et Minkowski sont élus secrétaires des séance pour 1929.

Réélection du trésorier

M. le Dr Raymond Mallet et réélu trésorier par acclamation à l'unanimité des membres présents.

SÉANCE ORDINAIRE

MM. Blondel, Bonhomme, Collet, Demay, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture du procès-verbal de la dernière séance.

M. Colin, secrétaire général. — Vous avez remarqué certainement pendant la lecture du procès-verbal, que le texte d'une des principales communications qui ont été faites à la séance de novembre sur le traitement de la paralysie générale ne nous est pas encore parvenu. Toutes les autres communications sont imprimées. Je profite de l'occasion pour demander une fois de plus aux auteurs de bien vouloir remettre le texte de leurs communications et de leurs interventions au cours des discussions, le jour même de la séance ou au plus tard 48 heures après. Il est impossible, si on n'observe pas

cette règle, d'assurer la publication de la revue et, à plus forte raison, d'entreprendre la discussion de la question si importante qui a été traitée. (Assentiment.)

Le procès-verbal est adopté.

L'impudeur sans érotisme

Par Paul COURBON et Jacques RONDEPIERRE

L'impudeur dans l'accomplissement des relations sexuelles est un signe fréquent du début des psychoses. Mais elle s'y présente habituellement avec des caractères psychologiques et physiologiques bien nets. Psychologiquement elle se manifeste par des réactions extravagantes qui suffisent à révéler sa nature morbide (hallucinations, désorientatien, dysmnésie, délires, incohérences des idées ou des actes). Physiologiquement elle s'accompagne d'une exaltation de l'instinct sexuel (pratiques hétérosexuelles, homosexuelles, onanistiques ou bestiales).

Les cas d'impudeur dépourvus de tout éréthisme sexuel sont plus rares. C'est ce qui fait l'intérêt de nos malades. Ces trois jeunes filles qui appartiennent à des familles de mœurs honnêtes, glissèrent soudain dans une inconduite dont la coordination fut cependant assez bien conservée pour paraître la conséquence d'un simple déclassement social et non celle d'une maladie. La première fut considérée comme un dévergondée, les deux autres furent arrêtées, l'une pour racolage, la seconde pour entôlage.

La première est une démente précoce hébéphrénique. Agée de 25 ans, elle gagnait depuis plusieurs années sa vie en Angleterre comme institutrice, quand sa famille apprit par elle, dans des lettres sensées, qu'elle changeait de place, et peu après qu'elle allait rentrer en France, se sentant fatiguée. Un beau jour, elle arriva à Paris chez ses parents, suivie d'un jeune homme portant ses valises. La mère, tout

à la joie de ce retour, demanda au porteur, sans même le regarder, ce qui lui était dû. Celui-ci garda le silence, hésita, puis fit demi-tour, en saluant très correctement, et la vieille dame constata alors que la mise élégante du fugitif n'était pas celle d'un commissionnaire. La voyageuse, interrogée, répondit évasivement, expliqua vaguement qu'elle avait besoin de repos, et mena pendant les semaines suivantes une vie paresseuse et insouciante, mais sans déraisonner. Peu après, sa tante, entrant un matin dans sa chambre, la trouva en compagnie d'un monsieur qu'elle prit pour un médecin. Aussi s'excusa-t-elle, en refermant discrètement la porte, sans demander d'explication. Mais le même soir, la nièce revenait de la promenade, flanquée d'un individu mal vêtu et dont les allures ne laissèrent aucun doute sur les occupations du couple qui s'enferma dans la chambre. A l'issue de la journée, un conseil de famille délibéra et conclut à la perte de la virginité de l'héroïne, mais non encore à sa folie, qui ne fut reconnue officiellement que quelques semaines après. Depuis son arrivée dans notre service, en avril dernier, elle se montre indifférente, a fréquemment des bouffées délirantes ou hallucinatoires et toujours des troubles de la mémoire. Depuis quelques semaines, elle est confuse et ne peut plus aller à l'atelier de couture. Elle a parfois devant le médecin des gestes érotiques, qui contrastent avec la conduite paisible qu'elle eut pendant les mois précédents, alors que, journellement, elle coudoyait des hommes pour se rendre au travail.

La deuxième est une démente précoce à forme éthique. Agée de 23 ans, elle gagnait sa vie depuis 8 ans, comme couturière ou domestique. Depuis un an, elle était revenue, sous prétexte de fatigue, habiter avec sa mère et sa sœur, vivant à leurs crochets. Elle passait la plus grande partie du jour et même de la nuit dehors, n'apparaissant qu'aux heures des repas, et le plus souvent avec du retard. Elle recevait par des injures grossières toute remontrance, ne déraisonnant cependant jamais. Elle introduisait même des garçons à mine plus ou moins inquiétante dans sa chambre, les présentant comme des fiancés. Les voisins plaignaient la mère d'avoir donné naissance à une fille perdue, et personne ne fut étonné lorsque, un soir de rafle, elle fut arrêtée comme raccrocheuse. Cependant, à cette occasion, elle fut, sur la demande de la famille, conduite à l'Infirmerie spéciale du Dépôt, où M. de Clérambault fit le diagnostic exact de démence précoce éthique. Depuis son arrivée dans

notre service, il y a 2 ans, elle continue à ne jamais déraisonner en paroles, et à réclamer sa sortie, mais elle est guindée, maniérée, indifférente, hostile, collectionneuse, tantôt sordide, tantôt tapageusement coquette, impulsive, paresseuse, capable tout au plus de broderies grossières et irrégulières sur des chiffons. Au point de vue sexuel, ni avec ses compagnes, ni avec les hommes rencontrés pendant la corvée des commissions, dont elle fit longtemps partie, ni d'aucune façon, on ne constata rien d'incorrect.

La troisième est une fille de 31 ans, dont le diagnostic est extrêmement difficile, à cause des obstacles que l'on a à communiquer avec elle et de l'intrication des facteurs ethniques et psychologiques à démêler. C'est une Lettonne qui vécut en Asie et aux Indes et dont la langue est un mélange de russe, de polonais, d'allemand et de français, où les grammaires et les prononciations sont effroyablement violées. Elle a été arrêtée à 4 heures du matin, dans un hôtel de Montmartre, pour entôlage d'un Américain ivre. Elle venait de monter avec lui depuis 5 minutes, ayant payé la chambre d'avance, lorsqu'elle en redescendit. La bonne, se méfiant d'un vol, refusa d'ouvrir. On appela la police. On monta dans la chambre où l'Américain ronflait ; on trouva 4 billets de 100 francs dissimulés derrière les radiateurs. On réveilla le dormeur, qui déclara avoir trouvé sa compagne quelques heures plus tôt, dans un café voisin, et reconnut qu'il lui manquait effectivement 400 francs. Le juge d'instruction commit un expert qui, sans porter un diagnostic précis, conclut à un état psychopathique avec fabulation et à l'irresponsabilité. Internée dans notre service, il y a 1 an, cette femme nous a toujours répété la même version que celle qu'elle fit au médecin expert, avec cependant 2 variantes. Fille d'un officier russe, infirmière militaire pendant la guerre, séparée des siens et courant après eux à travers le monde depuis la révolution, elle fut pendant les dernières années nurse à Paris. Elle donna des adresses et l'enquête à confirmé ses dires. Un matin, à l'aurore, deux individus qu'elle croisa dans une rue l'abordèrent, la précipitèrent dans une automobile, l'en firent sortir pour la hisser dans un hôtel où ils la détroussèrent et voulurent la violer. Ses cris attirèrent la police, qui prit fait et cause pour ses agresseurs. Et on l'interna. Elle expliqua sa présence matinale dans la rue, tantôt parce qu'elle revenait de Marseille, tantôt par son désir de trouver au logis une dame chez qui elle voulait se placer. Depuis son arrivée à l'asile, elle est

ambivalente, puérile, travaillant à la couture, orientée, mnésique, satisfaite, vivant à l'écart, docile. C'est peut-être une schizophrénique. En tous cas, sexuellement, elle a toujours été parfaitement paisible. Et pourtant, l'enquête établit qu'il est bien vrai qu'elle but avec l'Américain dans un café de nuit de Montmartre, et que c'est elle-même qui paya d'avance le prix de la nuit à l'hôtel.

Ces trois cas sont intéressants au point de vue des désaccords qui peuvent exister chez le même sujet ; d'une part entre sa validité verbale et son invalidité mentale réelle ; d'autre part entre son impudeur et son calme sexuel.

1° Le contraste parfois flagrant, entre la conservation parfaite du raisonnement en paroles et la perte de la raison dans la conduite est bien connu. L'un de nous (1) notamment a insisté sur la différence entre la capacité psychique théorique et la capacité psychique pratique et sur les cas de démence où ce qu'il appelle la rhétorique (2) ou art de bien dire survit à la ruine de l'art de bien se conduire. Nos malades sont des exemples frappants de la perfection avec laquelle les automatismes peuvent jouer sur le plan verbal, puisque non seulement leur entourage ne les croyait pas aliénés, mais encore le médecin avait les plus grandes peines, dans son cabinet, à identifier leurs troubles mentaux.

2° Le contraste entre l'impudeur et l'indifférence sexuelle est peut être moins connu. Aussi y insisterons nous davantage.

D'une part chez nos jeunes filles, avant l'internement, aucun choix ne présidait à la sélection des partenaires amoureux qui, parfois, fort répugnants, s'imposaient d'eux-mêmes sans rencontrer de résistance. D'autre part depuis l'internement, aucun geste équivoque ne fut

(1) Courbon. — Les états psychopathiques latents et les séquestrations, article destiné à l'Encéphale et imprimé par erreur dans l'*Informateur des aliénistes*, juin 1922, p. 153.

(2) Courbon et Bauer. — Apparence d'autocritique par conservation d'une rhétorique automatique après 10 ans de démence. *Société de psychiatrie*, janvier 1924. *Journal de psychologie*, 1924, p. 785.

surpris, malgré la promiscuité de l'entourage et notamment malgré le coudoiement quotidien de malades hommes sur le trajet entre le quartier et l'atelier. Cette indifférence pour le complice au dehors et cette quiétude charnelle au dedans ne sont elles pas une preuve de l'obtusion du besoin physiologique et de l'insignifiance de la préoccupation érotique ?

Le rôle de nos malades dans les rencontres impudiques semble donc avoir été surtout passif. Ce que ces rencontres ont eu de véritablement sexuel revient à leurs partenaires qui en furent les provocateurs. C'est sans le vouloir que ces filles éveillaient d'abord par leurs charmes, la concupiscence d'autrui, et qu'elles l'assouvissaient ensuite avec la suggestibilité créée par la perte des freins moral et esthétique que la maladie leur avait enlevés.

Si nos aliénées donnèrent si longtemps l'illusion de la validité mentale, c'est qu'atteintes principalement dans la faculté d'initiative, elles n'agissaient pas et passaient pour paresseuses. Dès qu'elles agirent, leur invalidité se révéla. Et si des actes sexuels furent les premiers à la révéler par l'impudeur avec laquelle ils furent accomplis, c'est que des actes de cette sorte sont les premiers auxquels une femme, quand elle est jolie, soit sollicité par autrui. Plus laides, il est probable que nos malades n'eussent pas manifesté d'impudeur, car l'intervention étrangère qui la provoqua ne se fut pas produite.

En conclusion : Il existe une variété d'impudeur pathologique qui est sans aucun rapport avec l'instinct, qui ne correspond par conséquent ni à une exaltation du besoin sexuel, ni même à une préoccupation érotique. Sa condition est d'ordre plus sociologique que biologique, car sans la provocation exercée par autrui, les perturbations pathologiques ne suffiraient pas à la produire. — Cette provocation étrangère et indispensable, a sa source dans l'attrait sexuel émané du malade et son succès, dans la suggestibilité de celui-ci. — La cause déterminante de cette impudeur anérotique réside dans un ensemble de circonstances trop longues à ana-

lyser ici et que l'on peut appeler le « pouvoir érogène » du sujet. Cette impudeur anérotique est d'autant moins rare chez une femme, qu'elle est plus jeune et plus jolie, et que son entourage est moins scrupuleux et plus érotique lui-même.

Discussion

M. Delmas. — La terminologie de M. Courbon me paraît imparfaite. Nous connaissons tous l'impudeur avec érotisme qui est un phénomène vraiment pathologique. A l'état normal, dans la poursuite de la femme par l'homme, la femme est plutôt passive et non érotique, au moins au début. L'impudeur non érotique se rapprocherait donc plutôt de l'état normal.

M. Leroy. — L'érotisme paradoxal de la femme au début de la démence précoce est bien connu. M. Dupouy a fait une communication sur ce sujet. J'ai observé récemment une jeune femme d'excellente famille, mariée depuis six mois. Par mauvais caractère elle a quitté son mari ; elle n'avait pas d'instinct érotique bien développé. Or, cette femme m'a avoué qu'elle était entrée dans la chambre d'un boulanger qui dormait et qu'elle s'était livrée à lui. Elle était désolée de cet acte qu'elle ne pouvait s'expliquer.

Un aliéniste l'a examinée et a fait le diagnostic de « cyclothymie avec constitution paranoïaque ». Il est exact qu'elle est cyclothymique et qu'elle a un caractère insupportable. Elle est d'une avarice prodigieuse, se prive de manger par économie, prend pour elle les gâteaux destinés à sa petite nièce.

Est-ce un début d'hébéphrénie ?

M. Dupouy. — Comme exemple d'impudeur sans érotisme, je citerai l'impudeur des enfants. Si l'instinct sexuel est affaibli ou dissocié, comme dans la schizophrénie on peut observer l'impudeur sans érotisme.

On peut distinguer l'impudeur à type hypomaniaque où la femme attaque l'homme et l'impudeur de certaines démentes précoces qui se découvrent par indifférence.

Le terme de M. Courbon me paraît bon. L'impudeur qu'il décrit se rapproche de l'impudeur démentielle, qu'on observe chez les séniles et les P. G.

M. Delmas. — Cependant les malades de M. Courbon se livrent à des actes véritablement érotiques ; c'est pourquoi je préférerais le terme d'impudeur simple.

M. Courbon. — S'il est vrai, comme le dit M. Delmas, que de par sa constitution psychophysiologique le rôle de la femme dans l'acte sexuel soit passif, il s'en suit forcément que lorsqu'elle se met à jouer le rôle actif, surtout lorsqu'elle le joue avec impudeur, c'est qu'elle obéit à une exaltation anormale du besoin physiologique. Les grande impudiques de l'histoire et de la légende : les Putiphar, les Phèdre, les Lampito, ont un « tempérament excessif » et sont la proie de Vénus. Nos impudiques, au contraire, ont un tempérament très tempéré et sont la proie d'individus sans scrupules. — L'impudeur de la malade de M. Leroy est de nature impulsive. Les cyclothymiques et surtout les déments précoces peuvent avoir des impulsions de toutes sortes : au viol comme à la violence, à la fugue, au suicide, au vol, etc. Les réflexions de M. Dupouy complètent parfaitement nos observations. Cette impudeur sexuelle sans érotisme, est, comme il le dit, conditionnée par une atteinte de l'affectivité, et par conséquent peut se renconter dans toutes les démences.

Délire à deux

par M. Hyvert et A. Perret

Depuis le mémoire de Lasègue et Falret sur la folie à deux de nombreux exemples de contagion mentale ont été publiés. Leur complexité souvent très grande a parfois suscité des interprétations un peu différentes de celles des premiers auteurs. L'observation suivante est au contraire remarquable par sa simplicité.

M... Guillaume, âgé de 58 ans, cultivateur et M... Hélène sa fille, âgée de 28 ans, vivaient seuls dans une propriété qu'ils cultivaient eux-mêmes. Ils ne fréquentaient personne mais ils se montraient, surtout le père, courtois avec leurs voisins. La fille, plus renfermée n'avait pas d'amies et ne fréquentait aucun jeune homme. Il y a deux ans environ un changement survint dans leur attitude. La fille n'adressait plus la parole à personne et le père bien que consentant parfois à converser ne donnait plus la main à ses interlocuteurs. Puis, il tint des propos étranges, ne nommant sa fille que mademoiselle disant qu'elle était reine de l'univers. Il est facile de concevoir que, dans un petit pays, ils devinrent rapidement la risée des autres habitants et principalement des mauvais garnements qui s'ingéniaient sans cesse à les tourner en ridicule. Devant ce qu'il considérait comme des persécutions le père acheta un revolver et, un jour en son absence, la fille tira un coup de feu sur un jeune homme qui, par plaisanterie, cherchait à pénétrer chez eux. Leur internement succéda à cet acte. A leur entrée à l'asile de Vauclaire ils furent examinés séparément.

M... Hélène se présente avec hostilité. « Ne me touchez pas, je ne vous demande rien » sont ses premières paroles. Puis devant l'insistance elle ajoute : « Je suis reine de naissance : M. B... est roi de naissance. Nous sommes roi et reine de l'univers entier et tout le monde nous doit le respect, parce que nous sommes d'une extérieure et irréprochable. » Cette phrase, récitée très rapidement, avc les mêmes termes, la même tonalité reviendra très fréquemment au cours des examens successifs de cette jeune fille. On peut même dire que le délire se borne à cela. Tous les interrogatoires n'arrivent qu'à ramener une répétition des termes de la phrase sans qu'on puisse parler d'explication.

Voici un exemple de ces interrogatoires :

— « Pourquoi êtes-vous reine de naissance ? »
— « C'est de naissance. »
— « Mais à quoi le savez-vous ? »

— « C'est de naissance. »
— « Qui vous a fait reine de naissance ? »
— « C'est de naissance. »

Ces trois mots sont dits avec une force croissante et elle s'étonne visiblement que cette explication ne suffise pas. Les phrases suivantes ont pu être notées :

« Je sais que je suis reine depuis ma naissance... Une famille extérieure c'est une famille extra... ». « J'ai fait des combats et remporté des victoires... » Aucune explication n'a pu être fournie de ces combats et de ces victoires. « Je suis incomparable, j'ai la santé éternelle, je ne suis comparable qu'à la Sainte Vierge et M. B... n'est comparable qu'à Dieu. Il est roi de l'univers. Le mariage est promis avec lui. C'est Dieu qui nous a choisis. Je ne veux pas souffrir, je n'ai jamais commis de péchés. »

Interrogée sur les circonstances de son internement elle répond : « J'ai tiré un coup de pistolet pour me sauver du péril. » « Quel péril ? » « Du péril ». Nous saurons par le père qu'elle redoutait les entreprises galantes du jeune homme sur lequel elle a tiré. Si elle est internée, c'est le roi qui l'a voulu et ainsi, elle l'accepte.

La pauvreté du délire, son manque de systématisation, l'impossibilité d'en fournir la moindre explication indiquent l'indigence mentale de la malade. Elle sait cependant lire, écrire et compter. L'examen physique ne décèle rien d'anormal à part une légère hyperréflectivité tendineuse. Les examens biologiques donnent les résultats suivants : sang : Meinicke subpositif ; urée : 50.75. Liquide céphalo-rachidien : benjoin : 00000.12212.00000. Albumine : 0,22. Lymphocytes : 4,2.

Devant un tel syndrome l'impression immédiate, fut qu'on se trouvait en présence d'une forte débilité mentale, qui expliquait la contagion d'un thème délirant développé par le père.

Or, il n'en était rien. Aux premières salutations celui-ci répondit : « Je ne peux recevoir de bonjour ni de bonsoir de personne parce que M. B... et ma fille

sont roi et reine de naissance et que tout le monde nous doit le respect. » Les explications qu'il fournit sont plus prolixes et plus objectives. Interrogé au sujet de l'internement, il diffère de sa fille. « C'est le coup de pistolet qui nous a amenés ici. Le fils M... voulait entrer chez nous. Il est venu à trois reprises. Il voulait déshonnorer la reine. La troisième fois, mademoiselle a tiré un coup de pistolet au hasard pour se garer du péril. Sans cela, elle aurait perdu son titre de reine. Ce n'est pas M. B... qui nous a envoyés ici. » Le reste du délire est exactement semblable à celui de la fille. La même phrase stéréotypée est répétée plusieurs fois en guise d'explication. Après examen, il apparaît évident que la débilité du père M... est encore plus marquée si c'est possible que celle de sa fille. Il s'y ajoute vraisemblablement un affaiblissement intellectuel sénile. Il ne sait ni lire, ni écrire, à peine compter. Aussi, dit-il, « tout ce que mademoiselle disait, elle le voyait sur le dictionnaire et sur le journal ». « Sur le journal, je m'appelle Chamberlain et La Chambre. C'est vrai puisque Mademoiselle l'a lu. Le père B... et moi nous sommes dans le dictionnaire. Mademoiselle et M. B... sont roi et reine de toute la terre. Ils sont nommés de naissance par Dieu, par le gouvernement. Mademoiselle l'a vu sur les journaux et sur le dictionnaire. Jamais, depuis que le monde est monde, n'était venue une reine semblable. Elle est semblable à la Sainte Vierge. On la nomme Sainte Dame Notre. Les prêtres l'appellent Notre-Dame de Lourdes. Elles est aussi portée sainte Geneviève. Elle fera des miracles. M. B... vient la voir, mais ne couche pas avec elle. » Il souffrait des persécutions dont ils étaient l'objet : « On me traitait de fou, on m'insultait et à chaque fois, j'allais le dire à la mairie. » La confrontation des deux malades confirme la conviction que le père est l'élément passif. Après un accueil affectueux, sa fille lui coupe la parole, rectifie avec animosité et sévérité les phrases qu'il prononce en réponse à nos interrogations, tandis que lui la regarde avec crainte et baisse la tête quand elle se fâche.

A l'asile, ils se conduisent différemment. Le père s'ennuie, s'inquiète de sa propriété, demande sa sortie tout en conservant intégralement ses idées délirantes. La fille au contraire accepte son sort avec indifférence. Bien que reine, elle travaille au lavage du linge et peu à peu l'hostilité du début fait place à une amabilité distante. Mais le fait important est que le père, élément passif, n'a jamais varié, ni présenté aucune modification dans son délire tant que sa fille a vécu. Il semblait seulement regretter un peu plus chaque jour que son rôle de beau-père du roi l'empêche d'être plus aimable avec ses interlocuteurs.

Rien ne semblait pouvoir changer cet état de choses quand, un matin, la fille se réveilla avec une hémiplégie alterne, type Weber, paralysie du bras et de la jambe droite, de la face du même côté, ptosis de la paupière supérieure du côté opposé, aphasie. Elle mourut quelques jours après d'une broncho-pneumonie consécutive. A l'autopsie, elle présentait un abcès caséeux occupant une partie du ventricule latéral gauche et du pied du pédoncule du même côté.

A partir de ce moment, l'état mental du père change complètement. Il évite de parler de son délire, un mois après environ, il nous tend spontanément la main et rectifie de lui-même les idées délirantes. Il reconnaît avoir été trop faible et avoir subi l'influence de sa fille. Il sentait le ridicule de ses affirmations, mais il finissait par croire tout ce qu'elle lui disait.

Sa mort l'a complètement libéré de son délire, ce que n'avait pu faire la séparation. Cela confirme entièrement l'impression clinique qui faisait de lui l'élément passif.

Les conditions prescrites par Lasègue et Falret se retrouvent entièrement dans cette observation. La première est que « l'un des individus est l'élément actif ; plus intelligent que l'autre, il crée le délire et l'impose progressivement au second qui constitue l'élément passif ». Il n'est pas douteux que l'énorme débilité du père est plus marquée que celle de la fille.

La deuxième condition est la suivante : « Il faut que les deux individus vivent pendant longtemps dans une intimité complète en dehors de toute influence extérieure. » Or, depuis de nombreuses années, le père et la fille M... vivaient dans un isolement qu'il serait difficile de rendre plus grand.

La troisième condition qui nécessite la vraisemblance du délire est loin de se trouver réalisée dans la plupart des cas de délire à deux et le nôtre ne fait pas exception à cette généralité. Ici l'élément passif, vivant seul avec l'élément actif, loin de toute activité humaine, finit par concevoir pour lui une admiration sans borne en partie justifiée par l'instruction plus développée de ce dernier. A ses affirmations, il émet bien quelques doutes ; brutalement, ils sont rejetés. Son esprit critique, déjà fort peu développé cède et, conscient de son infériorité mentale, il accepte les idées les plus absurdes.

Dans une communication à la Société Clinique de Médecine Mentale, MM. de Clérambault et Lamache admettaient une division du travail entre les deux délirants. Ici, rien de semblable. M... Guillaume n'a rien apporté de lui-même. Le fait qu'il guérit complètement et rapidement en est la preuve.

Cet exemple nous apparaît aussi simple que possible. L'élément actif agit seul ; le passif se contente de subir. La disparition du premier libère le second. Il est difficile de trouver rien de plus schématique. Toutefois, la thérapeutique prescrite par Lasègue et Falret, la séparation, est restée inefficace tant que la fille M... a vécu. Il a fallu sa mort pour que la guérison survienne chez son père. C'est la deuxième particularité intéressante de cette observation.

Essais de protéino-pyrétothérapie avec le propidon

par Mlle Agnès CHIARLI
interne à l'asile de St-Ylie

Nous inspirant des nombreuses tentatives de protéino-pyrétothérapie faites jusqu'à présent dans le traitement des maladies mentales, et après avoir essayé successivement, avec notre chef de service le Dr Desruelles, les injections de lait et de T. A. B., nous nous sommes adressés à un stock-vaccin strepto-staphylo-pyocianique, le « Propidon » du Prof. Delbet. Nous avons appliqué ce traitement à 9 malades, en y ajoutant une malade témoin (une jeune mythomane perverse).

Nous avons choisi la voie cutanée. Nous avons commencé par injecter la dose thérapeutique habituelle (4 cc.), en augmentant plus ou moins rapidement jusqu'à des doses élevées (12 et 14 cc.). Dans un cas, nous avons débuté par cette dernière dose. Les réactions thermiques — contrairement à ce que nous attendions — n'ont pas été très élevées, sauf dans un cas.

Nous avons pris systématiquement le R. O. C. et la tension artérielle avant et après chaque injection, dans le but de voir quelles variations du système neuro-végétatif étaient produites par le choc colloïdoclasique au « Propidon ». Nous avons cherché à ce point de vue à nous mettre dans des conditions d'expérimentation assez rigoureuses, suivant une technique fixe. Nous prenons le réflexe oculo-cardiaque par compression manuelle exercée toujours par la même personne : nous prenons le pouls au quart de minute, nous attendons quinze secondes, nous comprimons pendant trente secondes et pendant les quinze dernières nous comptons à nouveau les pulsations. Nous prenons le second R. O. C., ainsi que la seconde tension une demi-heure après l'injection, l'expérience nous ayant démontré que

immédiatement après l'injection peuvent se succéder des réactions contradictoires. Malheureusement il ne nous a pas été possible, pas plus que dans d'autres recherches encore en cours, de dégager des lois de cette étude : nous avons seulement observé que après les injections de « Propidon » les modifications du R. O. C. et de la tension artérielle étaient souvent plus intenses que après les injections de solutions faibles de sels minéraux ; en outre, plus l'affection mentale était récente, plus le système neuro-végétatif paraissait sensible au choc, tandis que dans des cas anciens nous avons obtenu des réactions très faibles. Nous nous sommes abstenus de rechercher ces variations toutes les fois qu'un facteur émotif évident risquait de fausser les mesures.

Nous allons rapporter maintenant le résumé de ces observations.

Obs. I. — R..., entrée le 6 septembre 1928. Mélancolie avec anxiété.

4 injections de 4 cc., 5 cc., 6 cc., 7 cc., à 8 jours d'intervalle.

Après la troisième, amélioration ; après la quatrième, guérison brusque. Sortie.

Réaction fébrile maxima 38°1.

Son R. O. C., habituellement positif, a été inversé 3 fois. Sa tension a augmenté 3 fois, 1 fois a baissé.

Obs. II. — P. G..., entrée le 5 mai 1928. Confusion avec stupeur.

6 injections de 4 cc., 5 cc., 6 cc., 7 cc., 12 cc., 12 cc.

Au lendemain de la 4e injection, la malade, qui est plongée dans le mutisme, commence à répondre par de courtes phrases. La première injection de 12 cc. a été suivie de syncope, vomissements, et d'une réaction fébrile élevée (39°-40°), durée deux jours ; le surlendemain, la malade accuse une sensation étrange de bien-être et recommence à parler couramment ; au bout de quelques jours, elle se lève et commence au quartier une vie presque normale. Guérison. Sortie.

La malade, toujours vagotonique, a eu après l'injection, 4 fois sur 5, le R. O. C. inversé ; la tension 2 fois abaissée, 4 fois augmentée. Une fois, ni tension ni R. O. C. n'ont pu être pris (émotion).

Obs. III. — W..., entrée le 19 mai 1928. Démence précoce probable : stéréotypies, discordance, inertie, par moments, chants et turbulence.

9 injection de 4 cc., 4 cc., 4 cc., 4 cc., 5 cc., 6 cc., 7 cc., 8 cc., 9 cc.

Réaction thermique moyenne des premières injections, 37°5-38° ; réaction thermique des trois dernières, 38°-39°. Tuméfaction indolore après chaque injection. Amélioration : la malade n'est plus turbulente, commence à s'occuper.

Malade en général vagotonique, a eu 4 fois sur 6 son R. .O. C. inversé ; 3 fois, il n'a pu être pris. La tension artérielle a pu être prise 4 fois : elle avait toujours baissé.

Obs. IV. — V..., entrée le 29 mai 1927 : manie se prolongeant depuis près de deux ans, malgré de courtes périodes, pendant lesquelles la malade est un peu moins agitée ; traitée précédemment sans succès au T. A. B. et au lait.

8 injections de 4 cc., 4 cc., 5 cc., 6 cc., 7 cc., 8 cc., 10 cc., 12 cc.

Réaction thermique moyenne, 37°5-38°5. A partir de la troisième injection, la malade devient un peu plus calme, répond plus correctement aux questions qu'on lui pose. A la sixième injection, syncope et vomissements. Amélioration légère.

Malade au système neuro-végétatif instable. On a, en général, une légère augmentation de la sympathicotonie ; tension tantôt diminuée, tantôt augmentée.

Obs. V. — N..., entrée le 9 avril 1927. Etat confusionnel se prolongeant depuis deux ans ; légère discordance. Traitée précédemment sans succès au lait et au T. A. B.

7 injections de 4 cc., 4 cc., 5 cc., 6 cc., 7 cc., 8 cc., 9 cc.

Réaction thermique moyenne, 37°5-38°. Après la quatrième injection, syncope et nausées. Aucune amélioration.

On a pris le réflexe 5 fois : 3 fois il était inversé ; la tension était augmentée les 5 fois.

Obs. VI. — S..., entrée le 24 mai 1928. Confusion mentale ; refus d'aliments.

7 injections de 4 cc., 4 cc., 5 cc., 6 cc., 7 cc., 8 cc., 10 cc.

Réaction thermique moyenne, 37°2-37°8. Aucune amélioration.

Malade habituellement vagotonique : pas de changements appréciables du R. O. C. ; tension 4 fois abaissée, 1 fois stationnaire, 2 fois non prise.

Obs. VII. — S..., entrée le 10 juin 1928. Manie.

6 injections de 4 cc., 4 cc., 5 cc., 6 cc., 7 cc., 8 cc.

Réaction thermique moyenne, 37°5-38°. Aucune amélioration.

Malade vagotonique : reste toujours vagotonique. Tension légèrement baissée 4 fois ; 2 fois non prise.

Obs VIII. — P..., entrée le 8 août 1925. Délire de persécution. 7 injections de 4 cc, 5 cc., 6 cc., 7 cc., 8 cc., 12 cc., 12 cc.

Réaction thermique moyenne, 37°5-38°5 : la malade étant atteinte de tuberculose pulmonaire, à lésions discrètes, mais évolutives, il est impossible d'attribuer une valeur déterminée à cette réaction. L'état mental ne s'améliore pas ; par contre, l'état physique paraît s'aggraver, la malade maigrit.

Système neuro-végétatif instable, tantôt vagotonie, tantôt sympathicotonie. Pas de modifications appréciables après l'injection. La tension tend plutôt à baisser légèrement (5 fois sur 7).

Obs. IX. — R..., entrée le 8 février 1923. Délire chronique ; tuberculose pulmonaire.

6 injections de 4 cc., 4 cc., 5 cc., 6 cc., 7 cc., 8 cc.

Réaction thermique, 38°-39°. Aucune amélioration.

Il est impossible de prendre le R. O. C. et la tension, la malade s'y refusant énergiquement.

Obs. X. — M..., entrée le 5 septembre 1928. Débilité mythomane (témoin).

6 injections de 4 cc., 4 cc., 5 cc., 6 cc., 7 cc., 8 cc.

Réaction thermique moyenne, 37°-37°5.

Malade habituellement vagotonique : la vagotonie persiste régulièrement après l'injection. La tension est légèrement augmentée.

Nos neuf cas comprennent donc : 1 mélancolique avec anxiété, 2 manies, 3 confusions mentales, 1 démence précoce, 2 délires chroniques. Nous avons eu 2 guérisons (1 mélancolique et 1 confus), 2 améliorations légères (diminution de l'inertie chez une démente précoce et de l'agitation chez une maniaque chronique) et 5 résultats négatifs. Etant donné que la mélancolie et la confusion mentale sont éminemment curables, on pourrait penser ici à une guérison spontanée : mais le

mode brusque suivant lequel elle est survenue nous engage plutôt à l'attribuer à la pyréto-protéinothérapie. Quant au rôle respectif de l'hyperthermie et du choc colloïdoclasique, si dans l'obs. 1, c'est surtout ce dernier qui semble en jeu, dans l'obs. 2 l'hyperthermie semble jouer un rôle considérable, au moins comme adjuvant.

Les inconvénients de cette méthode ne nous paraissent pas grands : nous avons enregistré dans trois cas des syncopes avec vomissements et dans un cas des tuméfactions indolores qui se répétaient après chaque injection. Par contre, elle comporte des controindications : les tuberculeux et les malades affaiblis — qui représentent une proportion considérable — ne peuvent pas être soumis au traitement sans risquer une aggravation de leur état physique.

D'après les résultats que nous avons obtenus, faut-il en encourager l'application ? Le nombre des succès n'est pas élevé : on n'obtient pas toujours des variations accentuées de l'équilibre humoral et du système neuro-végétatif, et même, si elles se produisent, elles ne sont pas toujours définitives. Néanmoins les résultats de cette méthode nous paraissent supérieurs aux résultats que nous avons obtenus avec des méthodes semblables (lait, T. A. B.) et, chez les malades dont l'état physique est bon et devant la pauvreté de nos moyens thérapeutiques actuels, il nous semble légitime d'en faire l'essai.

Le traitement de la Paralysie générale

M. Beaudouin. — Je voudrais exposer quelques considérations d'ordre très différent, à propos de la communication que nous avons faite, M. Dupont et moi, à la dernière séance.

1° La statistique que nous avons apportée est à la vérité modeste. Mais nous avons pris quelque souci dans le choix des malades traitées en plusieurs mois et c'est ce qui a réduit à 13 leur nombre total. Nous avons

retenu uniquement des malades pour qui le diagnostic de P. G. à la période d'état ne parût pas faire question. Et nous avons éliminé, d'une part, les malades présentant des signes de la série tabétique, d'autre part, les malades entrées dans le service depuis un certain temps déjà, offrant une évolution prolongée, et dont certaines auraient pu induire à l'objection de rémission spontanée.

2° La posologie du Dmelcos, tel qu'il est actuellement délivré, nous paraît présenter quelques inconvénients: les doses progressives doivent être, en effet, graduées, non pas en volume, mais d'après la teneur en bacilles. Il serait souhaitable que, pour les épreuves pyrétothérapiques, une seule teneur fût délivrée pour faciliter l'administration et éviter des erreurs.

3° Nous terminerons par un point de détail de pratique médicale. C'est dans l'observation rapportée par M. Trénel à la Société Clinique de Médecine Mentale, et à laquelle nous avons fait allusion, que nous avons relevé ce point particulier : M. Trénel indique, en effet, qu'il a demandé, pour faire le traitement par le Dmelcos, l'autorisation du conjoint. Nous aurions aimé savoir s'il s'agit là d'une mesure exceptionnelle en rapport avec les particularités du cas d'espèce, ou si M. Trénel adopte pour tous les cas cette ligne de conduite ?

M. Trénel. — J'adopte cette façon de faire comme une ligne de conduite générale.

M. Beaudouin. — Pour ma part, je ne crois pas qu'il soit opportun de solliciter des autorisations de cette nature et je voudrais résumer ici ma conception de la conduite à tenir en pareil cas :

Si un malade, à nous confié, doit faire l'objet d'une intervention pratiquée *par un tiers* — ayant une responsabilité toute différente de la nôtre (l'opération chirurgicale en est le type) — je crois nécessaire de se munir de l'autorisation *écrite* du proche le plus autorisé. C'est ce que j'ai toujours fait. Au cas d'urgence (étranglement herniaire), j'ai également pris la pré-

caution d'avertir la famille *avant l'intervention*, en indiquant que cette intervention, indispensable, allait être pratiquée sans délai.

Mais dans le service, pour des interventions courantes (j'ai vu demander des autorisations pour les ponctions lombaires), classiques, de technique réglée, ou pour des méthodes thérapeutiques qui ne soient pas des essais personnels entièrement nouveaux, une semblable autorisation me semble, je le répète, inopportune. Je mets à part, bien entendu, l'attitude que croient devoir prendre, en semblable occurence, les médecins des « maisons de santé ».

Mais en ce qui concerne les médecins des asiles publics, ayant une responsabilité *professionnelle* à caractère spécial, les incidents pouvant naître des interventions ou de l'emploi des méthodes thérapeutiques limitées aux moyens passés « dans les mœurs », ces incidents, dis-je, ne peuvent évidemment sortir du cadre de cette responsabilité. Et, loin d'éviter leurs conséquences — plaintes, poursuites judiciaires — je crois que la méthode des autorisations systématiques ne peut que les solliciter, en attirant par exemple l'attention des proches d'un malade traité dans un service voisin, où l'on considère les méthodes comme faisant partie de la pratique journalière.

M. A. Marie. — En attendant la discussion générale permettez-moi d'apporter quelques faits relatifs aux applications de la malariathérapie dans la P. G.

Ayant eu l'honneur d'être délégué par notre société au Congrès de Zurich, en 1924, j'ai déjà assisté aux mêmes discussions, qui ont passionné les débats du Congrès d'Anvers, et mettent aux prises ici-même, les partisans et adversaires de la leucopyrétothérapie malarique.

Les documents multiples apportés dès 1923, au Congrès de Zurich, m'avaient pleinement convaincu et j'ai apporté, ici même, les conclusions de ce Congrès conformes à celles du rapporteur général, Dr Hoche de Fribourg.

A savoir, « que c'est désormais un devoir de traiter les P. G. par la malariathérapie ».

Mais comme c'est précisément ce qu'on entend encore discuter ici, je me borne aujourd'hui à rapporter des chiffres et des faits qui ont servi de bases à mes notes, à la Société de thérapeutique en 1923 et 24, à l'Académie de médecine en 1924 et 1925, en collaboration avec le Dr Kohen et au Congrès de malariathérapie de Rome avec M. le Dr Marchoux la même année.

MM. les Drs Miquel et Ey internes de l'Admission ont pu établir avec les documents du service de l'asile Clinique, les tableaux suivants :

Service de l'admission femmes (Dr Ey)

Sur 15 malades femmes traitées :

7 sont sorties en rémission, dont 4 depuis 1 année : Let. (fille de P. G. et sœur de tabétique) ; Gour. ; Arm. (fille de P. G.) ; Sul.

3 depuis 6 mois : Dub. ; Rub. ; Col.

Cinq sont stabilisées à l'asile depuis 2 ans : Ausch. (P. G. juvénile depuis 14 ans) ; Barb. (fille de P. G.) ; Nep. ; Plies. ; Sim. (tabès conjugal, mari suicidé).

2 décès se sont produits, dont un en coma épileptique (2e mari mort P. G.). Malade antérieurement épileptique, contaminée par son 2e mariage.

Moyenne des âges des femmes traitées : 42 ans. Moyenne d'ancienneté de syphilis : 15 ans. (A noter 5 cas de P. G. familiales sur 15 femmes.)

Service des hommes (Dr Miquel)

Sur plus de 200 malades hommes traités depuis 1923, les 123 que nous avons pu suivre et contrôler donnent 44 sorties, sur lesquelles : 6 rechutes, 3 décédés après rechute, 2 stabilisés (depuis 4 ans), 1 ressorti après la rechute.

5 décès en liberté (ictus).

Ajoutons : 1 envoi en colonie fermée, à Ainay, où le malade est encore ; 1 envoi en colonie ouverte de convalescence, à Lurcy, d'où le malade s'est reclassé en province.

Au total : 46 rémissions nettes (8 décès consécutifs et 2 rechutes stabilisées).

Reste 36 rémissions persistantes, dont 18 cas réadaptés socialement depuis 2 ans et plus (sauf 2 plus récents).

Age moyen des malades : 37 ans.

Sur 35 *malades hommes non sortis de l'asile* après la malariathérapie :

19 sont encore vivants, mais *transférés* (11 peuvent être considérés comme stabilisés, parce que ayant été traités depuis plus de 2 ans, 1 depuis 5 ans).

17 *non transférés* subsistent depuis plus de 2 ans ; 11 depuis plus de 3 ans, 2 depuis 4 ans et 1 depuis 5 ans. On peut encore en considérer 11 comme stabilisés en rémission incomplète ; 2 après sortie ont rechuté par *ictus*, (à signaler 3 P. G. tabès et 2 P. G. conjugales), 1 héréditaire, H., (fils de P. G.), et 1 dont la fille vient d'entrer D. P., avec réactions humorales positives.

Parmi les stabilisés les plus anciens, signalons un cachectique après 5 ans de survie, dont le sang et le liquide restent négatifs, d'après ce que nous signale notre collègue d'Auxerre, Dr Bardol. 1 autre, stabilisé depuis 3 ans, n'a pas eu de réaction, ni au plasmodium, ni à la recurrente de Dutton (bien que les hématozoaires aient été constatés dans le sang par M. Marchoux). Ce cas a été communiqué à la biologie par le Dr Lambert, de Pasteur.

Sur 35 non guéris, dont 22 stabilisés, restent *13 non influencés.*

Age moyen des traités : 44 ans.

Restent les malades qui, depuis le traitement, sont *décédés, au nombre de 42,* depuis 1923 jusqu'à ce jour :

4 étaient sortis, puis sont décédés à l'asile après rechute ;

3 eurent des rémissions incomplètes de 5 à 6 mois ;

3 avaient perdu leurs femmes de P. G. ;

10 survécurent de 3 à 5 ans, et peuvent être considérés comme stabilisés.

A signaler 10 décès dûs à des *causes autres que la P. G.,* telles que : tuberculoses diverses, 4 ; coma épileptique, 1 ; opération chirurgicale, 1 ; abcès urineux, 1 ; abcès du foie, 1 ; néphrite, 1 ; trauma, 1.

Soit 42, dont 10 décédés stabilisés.

Restent 32 décédés sans action favorable appréciable, dont l'âge moyen était 36 ans. (Notons encore ici 7 P. G. familiales, ce qui, avec celle des femmes, donne 12 cas sur 123.)

Si on met ensemble hommes et femmes, on a l'âge moyen de 37 ans, et la moyenne d'ancienneté de syphilis (quand elle est repérable) de 20 ans.

Il n'y a pas lieu de comparer le nombre de P. G. femmes à celui des hommes, car il ne tient qu'à ce fait, que je n'ai un service bi-sexué que depuis 2 ans, alors que de 1923 à 1926, je n'avais que des hommes.

Le pourcentage général des rémissions de 46/123 diminué des décès consécutifs à la sortie ou des rechutes rapides nous ramène à 36/123 auquel il convient d'ajouter 22 stabilisations persistantes ou rémissions relatives dans l'asile (non compris 10 décès après survie prolongée). Cela donne 58/123 rémissions. C'est un pourcentage encourageant, assez semblable à ceux que les auteurs les plus divers constatent (40 à 50 0/0 selon les précocités d'interventions thérapeutiques).

Nous poursuivons le contrôle d'une centaine d'autres cas difficiles à retrouver, parce que nos convocations, nous reviennent souvent avec la mention : « parti sans adresse ». Quoi qu'il en soit, il importait d'apporter au débat prochain des faits nombreux et contrôlés correspondant à un contingent d'une vingtaine de sujets présentables et bien réadaptés à la vie sociale et familiale depuis des mois, et même des années.

Les apparentes contradictions des auteurs en ce qui concerne les contrôles nécropsiques apparaissent nettement comme provenant de documents non comparables. En effet, ceux qui trouvent des lésions inflammatoires aiguës et des spirochètes persistants (Sierra-Forster, Pachecco, Sylva et Passos) se rapportent surtout à des nécropsies de P. G. morts en cours de traitement.

Ceux qui relatent des processus de réparation et cicatrisation avec résorption des exsudats, arrêt des proliférations névrogliques, disparition des spirochètes, décrivent des cerveaux d'anciens P. G. morts en rémission d'accidents autres que rechutes ou ictus paralytiques et plusieurs années après le traitement. Freeman de Washington (*American medic. associat.*, avril 27), Gourevitch (*Médico biolog. russe*, T. II, F. 2, p. 48) et Gerstman (Ed. Springer, 1928).

Pour ce qui est des contrôles biopsiques, une discrimination analogue doit être faite, car il faut un certain temps de stabilisation pour que les réactions humorales restent modifiées. (J'ai, dès 1920, in *Rev. de Médec.* n° 12, montré avec Levaditi les constantes oscillations des réactions humorales de tous ordres dans les P. G. en évolution).

En ne considérant que les contrôles faits dans les conditions de stabilisation persistante, Brucker (*Arch. of Neur. and Psych.*, n° 3, mars 28) sur 90 rémissionnaires, note la dégression de la lymphocytose d'abord, de l'albuminose ensuite au bout de quelques mois (72 0/0) vient ensuite l'atténuation durable du Wassermann rachidien (60 0/0) et dans les 3 ans parfois sa négativation, proportionnelle souvent au degré de rémission (10 0/0, par conséquent c'est loin d'être une constante). Ces données sont confirmées par Paulian de Bucarest, Dreyfus et Hanau de Francfort. La négativation du Wass. dans le sang s'observe aussi selon ces derniers auteurs, mais si elle ne s'accompagne pas de négativation durable et parallèle du liquide, elle correspond en général à des rémissions incomplètes (*Arch. argentine de neurol.*, mars 28).

Nos observations personnelles confirment ces données ; dans neuf cas de rémissions complètes remontant à plusieurs années, nous avons trouvé sang et liquide négatifs.

Pour ces contrôles à long terme, il n'est pas toujours facile d'obtenir des malades rentrés dans la vie normale qu'ils se soumettent à nouveau à la ponction lombaire.

Nous avons, durant la cure à l'asile, poursuivi un certain nombre de contrôles biopsiques par lesquels nous terminerons cette note.

Au demeurant, sept négativations partielles, soit du sang seul (5 cas), soit du liquide (2 cas). Enfin 4 cas d'atténuation du Wassermann ou de l'albuminose et leucocytose.

I. Réactions viscérales : en cours de malarisation, on

observé environ 50 0/0 de réactions spléniques. Les splénomégalies correspondent, nous semble-t-il, aux cas d'incubation plus lentes, elles disparaissent 5 à 6 jours après la suspension des accès par quininisation. Ces incubations prolongées avec réaction splénique correspondent d'ailleurs aux cas de P. G. plus avancés ou plus âgés, elles correspondent aussi parfois à des réactions thermiques moindres ou à des cycles d'accès irrégulier comme si les inaptitudes à réagir décelaient des défenses amoindries. Peut-être peut-on aussi attribuer aux Gerstman et Wagner certaines incubations ralenties, certaines réactivités insolites et incomplètes à une imprégnation arsénique préalable, gênant l'évolution du plasmodium.

II. Une influence saisonnière que j'avais signalée dans mon rapport de Rome se confirme en certains cas pour la moindre résistance hivernale des souches et leur avortement aux premiers accès (d'ailleurs, le paludisme se développe mal l'hiver et les paludiques guérissent souvent par un séjour aux pays plus froids par altitude ou par transplantation géographique en zone plus froide).

III. Certains malades cultivent le plasmodium dans le sang sans réaction thermique bien que susceptibles de réactions fébriles à d'autres agents et alors que la même souche cultive chez d'autres avec fièvre. Ces malades P. G. peuvent être néanmoins influencés favorablement bien que les meilleures rémissions aient correspondu semble-t-il, aux accès fébriles réguliers et marqués (40).

IV. L'extinction du paludisme par plasmodium vivax passé depuis longtemps sur l'homme est de règle avec 1 gr. de quinine ou stovarsolate de quinine (sans reviviscence par l'adrénaline à notre expérience). La réaction hépatique avec ictère et congestion hépatique a été observée 3 fois et a nécessité l'interruption des accès (ce qui confirme la contrindication pour les hépatiques).

V. L'action thérapeutique de la malaria se peut-elle expliquer par telle ou telle influence des modifications fonctionnelles qu'elle provoque ?

Le nombre d'accès fébriles et leur intensité d'hyperthermie a de l'influence puisque d'autres modifications pyrétiques ont donné des résultats encourageants (tuberculine, ferments divers, dmelcos, métaux colloïdaux, lecithines, lacto-protéides, etc.).

1° *La chaleur* influe sur le spirochète, elle paralyse ses mouvements, diminue sa virulence et sa pullulation, les inoculations expérimentales avortent sur les animaux mis à l'étuve à 40 durant 30 minutes (Neisser, Levaditi, Zahnel et Zeiler) ; cependant des P. G. cultivent dans leur sang le plasmodium sans réaction fébrile (Lambert, Marchoux et Marie).

2° *L'hyperleucocytose* agit aussi, Spillmeyer de Munich nous a montré des foyers de leucophagocytose dans les encéphales de P. G. malarisés avec des leucocytes gavés de spirochètes phagocytés en voie de digestion. Ludkeet, Leube montrent l'alexine anti-spirochétique grandissante dans ces cas ; mais la leucocytose seule ne suffit pas, puisque les piqûres de térébenthine et abcès de fixation apyrétique ne font rien dans la P. G. et qu'une pyréxie avec leucopénie n'agit pas (Donath, Fischer, Plaut, Steiner et Weygand).

3° Certains admettent un *antagonisme microbien* entre plasmodium et spirochète, le neurotropisme de l'un gênerait celui de l'autre et dégagerait les centres nerveux (Pilcs Mattauschek et Binsvanger). La prédilection des parasites malariques pour les vaisseaux fins faciliterait l'accès aux tissus profonds de la substance nerveuse des substances protectrices développées dans le sang (Bratz, Schulze et Pagniez).

4° Pour d'autres, les lésions interstitielles d'ordre toxi-infectieux seraient arrêtées par la libération des spirochètes et les lésions progressives du parenchyme enrayées par conséquent, d'où cicatrisation des gaines et résorption des infiltrats vasculo conjonctifs.

Ainsi s'expliquerait la dissociation des troubles démentiels et des troubles fonctionnels, dits paranoïdes, survivant parfois à l'arrêt de la P. G. (Stœssler, Pilcz, Alzheimer, Schultze et Lhermitte).

Quoi qu'il en soit, certains de nos malades presque cachectiques, en apparence déments définitifs et gâteux, ont pu se récupérer après malarisation. D'autres P. G. en revanche, appartenant à des catégories analogues ont particulièrement mal supporté les souches prélevées sur des coloniaux dont certaines nous parurent à l'usage, mixtes et combinées à la f. maligne dont W. Von Iaureg a lui-même éprouvé le danger. Aussi considérons-nous comme optima la souche de *plasmodium vivax* pur, passée sur l'homme depuis 1918 et dont nous remercions encore MM. les Professeurs Bouman et Ley qui ont bien voulu nous les procurer en 1923.

Restent les applications malariathérapiques à d'autres cas que la P. G., dans la syphilis neurotrope comme prophylaxie de la P. G. (Marie et Chevalier, Clinique, mai 1923 et mars 1926) et dans les maladies mentales autres à titre de choc thérapeutique (Parkinson D. P., épilepsie et manie rémittentes, ces derniers points sortent du but de cette note et feront l'objet d'une étude spéciale).

La séance est levée à 18 h. 30.

Le Secrétaire des Séances,

P. GUIRAUD.

Présentation de malades traités par la malariathérapie

par MM. H. CLAUDE, R. TARGOWLA, M. CÉNAC et A. LAMACHE (1)

Nous avons convoqué, pour les présenter à la Société médico-psychologique, un certain nombre de paralytiques généraux traités par la malariathérapie selon notre technique et qui ont pu reprendre leur place dans leurs familles et dans la société. Nous n'avons, évidemment, pu faire la sélection des cas les plus favorables et nous présentons ensemble les sujets qui ont bien voulu répondre à notre appel, quelles que soient l'ancienneté du traitement et les différences individuelles dans le résultat obtenu ; le fait essentiel que nous voulons mettre en relief est la récupération sociale de ces malades, dont le moins favorisé a vu, à tout le moins, transformer le tableau clinique de sa paralysie générale, amputée de l'élément démentiel grossier pour prendre les allures d'une affection neurologique (réserves faites sur l'avenir).

Voici tout d'abord les observations de ces malades :

OBSERVATION I. — G..., 33 ans, coiffeur. Entre le 18 février 1927, placé d'office dans le service avec un certificat du Dr Clerc, qui le déclare atteint d'excitation psychique symptomatique de paralysie générale. Agitation extrême, cris, chants. Alternatives brusques de rires et de pleurs. Logorrhée. Euphorie et expansivité ; parfois conscience très relative de ses troubles ; insomnie, malpropreté, déchire sa literie. Quelques troubles de la mémoire, erreurs de dates, légère inégalité pupillaire (gauche plus grande) ; Argyll-Robertson ; dysarthrie très légère.

Wassermann positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Ponction lombaire : Albumine : 0,30 ; Leucocytes :

(1) Cette communication, faite à la séance du 26 novembre, n'a pu être insérée dans le n° de décembre des *Annales*. (Voir *Annales*, décembre 1928, page 434).

48 ; Globulines +. Dans les certificats immédiats et de quinzaine, nous confirmons le diagnostic de paralysie générale. Une ponction lombaire, faite le 23 février 1927, nous donne les résultats suivants : Lymphocytes nombreux sur lame. Bordet-Wassermann positif. Pandy positif. Benjoin : 22222.22221.00000.0.

Voici, d'autre part, le résultat de notre observation à son entrée dans le service. Il se présente à nous avec une certaine aisance et se montre volontiers familier. Nous observons des alternances de rires, de railleries et de pleurs, ainsi qu'une certaine sensiblerie. Il a des idées de grandeur et nous fait part de projets absurdes : Il a acheté un salon de coiffure de 14.000 fr. et il va le revendre 60.000 ; depuis 3 ans il a mis beaucoup d'argent de côté : 65.000 fr. environ. Il fait 40-50 ondulations indéfrisables par jour, chaque ondulation coûte 400 fr., cela lui fait 1.200 fr. de bénéfice. Il a d'ailleurs, nous dit-il, été reçu maître. Nous apprenons par sa femme qu'il a contracté la syphilis en 1913, et qu'il s'est fait soigner à la suite d'une kératite.

A côté de l'excitation intellectuelle, il nous est facile de constater un certain degré d'affaiblissement intellectuel ; sa mémoire est touchée ; il fait de nombreuses erreurs : il dit, par exemple, que la guerre aurait duré 7 ans. Il commet également de grossières erreurs dans le calcul mental. Au cours d'une crise récente d'agitation, sous prétexte de mettre de l'ordre, il a littéralement bouleversé son magasin. Depuis un mois déjà, il montrait une certaine nervosité, de l'impatience et quelques troubles du caractère.

A la suite de l'impaludation, ne constatant aucune amélioration sensible et obligés de faire de la place dans le service, nous avons transféré ce malade, le 2 avril 1927, à l'asile de Ville-Evrard. Nous apprenons ensuite qu'il était sorti de cet asile, se faisait soigner régulièrement et avait repris ses occupations antérieures. Sa femme nous confirme l'amélioration très sensible de ses troubles mentaux et prétend même qu'à l'heure actuelle, il a acquis une dextérité et un rendement qu'il n'avait pas avant sa maladie.

Observation II. — C..., 48 ans, entre le 2 août 1925 dans le service fermé de la Clinique. Dans son certificat immédiat, le Dr Targowla le déclare « atteint d'excitation psychique. Propos incohérents, vantardises : Il est l'homme le plus fort du monde, l'Univers sera Français, etc. Tremblements de la langue et des muscles péribuccaux. Paresse pupillaire. Dysarthrie et bégaiement. Réflexes rotuliens vifs. Probabilité de paralysie générale ».

Une ponction lombaire, faite le 4 août 1925, vient confirmer ce diagnostic. Lymphocytes : 14 par mmc. Albumine : 0 gr. 50. Bordet-Wassermann positif. Benjoin : 22222.22222.00000. Il est impaludé le 4 août 1925. Rien à signaler pendant la période d'impaludation.

Le 15 septembre, on constate une légère amélioration. Il est moins excité; il a une conscience partielle de son état morbide, mais la mémoire reste troublée. La dysarthrie a disparu, seul persiste le bégaiement.

Le 1er octobre, le malade, plus lucide, s'occupe dans le service.

Une ponction lombaire, faite le 10 novembre 1925, nous donne les résultats suivants : Lymphocytes : 4,8. Albumine : 0 gr. 30. Bordet-Wassermann partiellement positif. (Nous n'avons pas eu assez de liquide pour faire la réaction du benjoin). Le malade sort de l'asile le 14 octobre 1925 ; le 26 novembre, sa tenue est plus correcte. Il réduit en partie ses idées délirantes. Il a conscience des troubles persistants de sa mémoire. Les pupilles sont déformées et paresseuses, les réflexes tendineux sont vifs.

Nous revoyons ce malade le 15 octobre 1926, c'est-à-dire un an après son traitement. Il travaille, gagne 600 fr. par mois. Il a conscience que sa mémoire de fixation est diminuée. Les tremblements ont disparu, seuls persistent quelques troubles de l'attention.

Le 17 septembre 1928, nous revoyons ce malade ; sa tenue est correcte ; il travaille comme encaisseur et donne satisfaction à ses patrons. Cette situation est supérieure à celle qu'il avait avant sa maladie ; il l'occupe depuis plus de deux ans.

Observation III. — T... Emile, 53 ans, est traité par l'un de nous pour syphilis cérébrale depuis 6 ans (contamination en 1896). Le traitement a été poursuivi d'une façon presque continue, avec de très courtes interruptions, en raison de l'installation, au cours des années, d'un myosis avec paresse pupillaire et de la persistance de réactions humorales, extrêmement faibles, mais cependant irréductibles (cf. tableau : P. L., du 14 novembre 1925).

L'état favorable dans lequel il se trouvait et la crainte de provoquer des lésions rénales et hépatiques nous engagea à suspendre le traitement en juillet 1926. Tout allait bien lorsque, le 1er novembre, il fut pris subitement de maux de tête violents, s'accompagnant de troubles de l'attention et de la mémoire, de tremblements, de maladresse des mouve-

ments, d'insomnie avec onirisme et d'un amaigrissement très rapide, que nous constatâmes quelques jours plus tard. Très inquiet de ces manifestations, il était venu nous demander de lui faire une nouvelle ponction lombaire et de le traiter. L'examen du liquide céphalo-rachidien révéla un syndrome humoral paralytique. T... fut immédiatement mis à un traitement intensif, mais les troubles fonctionnels s'aggravaient et nous lui conseillâmes l'hospitalisation. A ce moment, il était lucide, conscient de son état dont il s'inquiétait beaucoup, souffrait, mais n'avait pas d'embarras de la parole.

Le lendemain matin, nous le trouvons dans le service, euphorique, satisfait, se trouvant mieux qu'il n'avait jamais été depuis longtemps, avec des idées de richesse et de grandeur absurdes, tenant des propos incohérents, désorienté, incapable du moindre effort psychique, ne se rendant aucun compte de sa situation ; la dysarthrie était très marquée.

Il devint rapidement violent et dut être interné à la Clinique. Impaludé le 23 novembre, une amélioration sensible se manifesta dès la fin des accès et le malade sortit le 10 mars 1927, très amélioré, lucide, conscient de sa situation et ne présentant plus de dysarthrie, ni de tremblement. Le traitement spécifique fut repris et, actuellement, T... a recouvré un comportement normal; il a une notion nette et exacte de son état, qu'il juge avec bon sens, sa mémoire est précise, son jugement correct, son activité intellectuelle est redevenue ce qu'elle était antérieurement. Les troubles somatiques fonctionnels ont disparu, le syndrome humoral, sans être encore entièrement négatif, s'est progressivement atténué et la réaction de fixation, en particulier, est négative.

Dates	Leuco	Alb.	R. Pandy	R. Weichbrodt	B.-W.	R. él. par.	R. Benjoin
14.XI.25	0	0,35	+ ?	+	Retard à l'hémolyse	0	00000.02220.00000-0 +++
9.XI.26	4,8	0,40	+	+ ?	++++	++	22221.12221.00000-0
22.XI.26	9,4	0,40	++	+	++++	+++	22221.22221.11000-0
11.I.27	4,6	0,35	+	0	++++	++	11100.22222.21000-0
4.III.27	1,4	0,40	+	+	+++	+	00000.02222.10000-0 +++
3.V.27	0,8	0,38	+	+ ?	0	0	00000.02221.00000-0 ++
8.VIII.27	3	0,48	+	+	0	0	00000.22222.10000-0
23.XI.27	2.4	0,30	+ ?	+ ?	0	0	00000.00110.80000-0

Observation IV. — L... entre le 7 juillet 1927 dans le service.

Il est placé d'office, sur un certificat du Dr Robin, qui le déclare « atteint de troubles mentaux caractérisés par une diminution de l'autocritique, lenteur et pauvreté de l'idéation, dysmnésie, bégaiement et légère dysarthrie, pupilles sensiblement égales, réagissant à la lumière et à l'accomodation ». Le Dr Montassut, dans son certificat, confirme le diagnostic, en le déclarant atteint d'affaiblissement intellectuel, avec troubles de l'idéation et de l'émotivité, insouciance, euphorie niaise, passivité mentale, anamnestiques de crises épileptiformes, bégaiement et dysarthrie aux mots d'épreuve. Dans son certificat de quinzaine, le Dr Montassut le déclare atteint de paralysie générale. Une ponction lombaire, pratiquée le 7 juillet 1927, donne les résultats suivants : Tension (couché) : 15 cm. ; 11, 4 éléments par mmc (sur lame : lymphocytes). Réaction de Pandy positive. Albumine : 0,20. Wassermann positif. Benjoin : 12221.02220.00000.0.

Ce malade était suivi en province par un médecin qui, dans une lettre, nous dit l'avoir traité très énergiquement depuis septembre 1926, pour un Wassermann très positif. Il avait été pris de parésies fugaces environ un mois avant son entrée dans le service, et une huitaine de jours avant, de crises convulsives, qui sont survenues en plein traitement des troubles cérébraux.

A l'entrée dans le service, nous constatons un affaiblissement intellectuel manifeste, une légère euphorie des troubles de la mémoire. Au point de vue physique, ses réflexes tendineux sont vifs, ses pupilles sont égales et réagissent à la lumière et à l'accomodation. Nous constatons une leucoplasie buccale très marquée. Le malade nous dit avoir contracté la syphilis en 1913 ; il s'est fait traiter jusqu'au début de la guerre et a reçu, à cette époque, trois séries de bio-iodure. Il ne s'est plus soigné pendant toute la guerre et recommença son traitement il y a cinq ans : bismuth et arséno-benzol, dont il reçut une vingtaine d'injections, puis continua fidèlement son traitement.

Il fut impaludé le 16 juillet 1927, supporta normalement une série de 12 accès palustres, facilement enrayés par la quinine. Assez rapidement une amélioration notable put être constatée dans son état et le 17 septembre, sa femme nous demandait sa sortie, se proposant de l'emmener à la campagne et de lui continuer les soins que pourrait encore nécessiter son état. Nous sommes restés en correspondance avec le malade, qui a repris en province

un traitement spécifique à faibles doses sur nos indications, et nous a confirmé l'évolution favorable de son cas. Le 8 février ce malade, au cours d'un voyage à Paris, nous demande de lui faire une ponction lombaire qui donne les résultats suivants : Tension (position couchée) : 18. 0,8 éléments par mmc. Albumine : 0 gr. 20. Pandy négatif. Benjoin : 00100.02200.00000.0. Wassermann négatif (retard à l'hémolyse).

Ce malade a repris ses occupations et gagne normalement sa vie.

Observation V. — Do..., est internée à 34 ans, le 18 décembre 1924. Elle présente un état démentiel caractérisé par la diminution de l'auto-critique, de la dysmnésie, des troubles de l'attention avec orientation imparfaite : elle est euphorique, très à l'aise, suggestible, manifeste des variations de l'humeur et quelques idées hypocondriaques. On note en outre de la dysarthrie dans la parole spontanée et aux mots d'épreuve, de l'instabilité des doigts et de la langue, de l'irrégularité du contour pupillaire sans inégalité mais avec affaiblissement du réflexe photomoteur ; les réflexes rotuliens sont inégaux : faible à droite, aboli à gauche.

Inoculée le 30 décembre avec du sang virulent, elle a douze accès fébriles interrompus par la quinine. Dans les mois qui suivent, on constate le même syndrome démentiel : aisance, satisfaction, irritabilité, inactivité ; l'effort mental est difficile à provoquer, mais les troubles de l'auto-critique sont moins apparents, l'évocation des souvenirs est plus aisée, l'orientation exacte. La dysarthrie a disparu dans les propos spontanés mais subsiste aux mots d'épreuve, les symptômes pupillaires sont stationnaires, mais une tendance à l'anisocorie se manifeste (gauche plus grande que droite) ; les réflexes rotuliens sont abolis.

Cette malade n'a pas quitté l'asile, bien qu'elle désire sa sortie en raison de sa situation : elle est sans aucune ressource. Cependant son comportement, comme il est aisé de s'en rendre compte, est normal en tout point. Elle soigne sa tenue avec un brin de coquetterie, elle s'occupe très activement dans le service en même temps qu'elle s'intéresse à ses compagnes, aux événements extérieurs, elle lit les journaux ; son orientation est précise, sa mémoire excellente, elle est capable d'attention soutenue, peut lire et résumer convenablement un passage quelconque, faire des calculs et résoudre de petits problèmes, a une conversation pertinente ; elle est consciente des troubles qu'elle a présentés. La dysar-

thrie a disparu, il n'y a pas de signe d'Argyll, mai les réflexes rotuliens sont abolis.

Au point de vue humoral, on trouvait à l'entrée 56,4 leucocytes par mmc., 0 gr. 35 p. 1.000 d'albumine, des réactions de Pandy (+) et de Bordet-Wassermann positives, une réaction du benjoin paralytique (22221.10221.00000.0) ; le 29 août 1928, l'examen donnait 1 leucocyte par mmc., 0,20 p. 1.000 d'albumine, une réaction de Pandy négative, une réaction de fixation montrant seulement un retard à l'hémolyse et une réaction du benjoin de type résiduel (00010.02220.00000.0).

Observation VI. — G..., âgé de 51 ans, comptable, entre dans le service le 28 juillet 1927. Il fait l'objet du certificat suivant de M. Roger Dupouy : « Paralysie générale à forme expansive, loquacité, graphorrée. Idées de satisfaction et de richesse. Projets absurdes ; il va devenir riche ; il a des propriétés en Auvergne. Il fera des héritages ; il va acheter une auto et monter en avion. Achats inconsidérés, dépenses exagérées, générosités démentielles, grivèleries. Inégalité pupillaire (G > D). Argyll-Robertson. Dysarthrie. Bordet-Wassermann et Meinicke positifs dans le sang. Liquide céphalo-rachidien : albumine : 0,70 (globulines ++), leucocytes : 8,4. Benjoin : 22222.22200.00000. Parégorique 22-2. Bordet-Wassermann positif. »

A son entrée dans le service, le Dr Cenac le déclare atteint « d'affaiblissement intellectuel. Désorientation. Troubles du jugement et de la mémoire. Tendances expansives. Projets ambitieux. Inégalités pupillaire. Signe d'Argyll-Robertson positif. Réactions humorales positives ».

Il est impaludé le 29 août 1927 et fait une série d'accès palustres (10 accès) qu'il supporte normalement.

L'examen physique à l'entrée révélait des pupilles inégales, déformées ; signe d'Argyll-Robertson.

Le réflexe rotulien est vif à droite, plus faible à gauche, en raison d'une fracture ancienne des deux os de la jambe par une roue d'auto. Ses réflexes cutanés plantaires sont en flexion. Le premier bruit cardiaque est prolongé et assourdi, le deuxième bruit est claqué au foyer aortique.

Syphilis primaire à l'âge de 25 ans.

A la suite de l'impaludation ce malade a suivi un traitement spécifique au sulfarsénol : 12 injections de 0 gr. 12 sans que l'on puisse observer une amélioration de ses troubles mentaux. C'est dans ces conditions qu'il est transféré à l'asile de Ville-Evrard le 10 novembre 1927. Il est sorti par la

suite de l'asile très amélioré et a repris normalement ses occupations.

Une ponction lombaire avait été faite chez ce malade avant son transfert à l'asile de Ville-Evrard, et avait donné les résultats suivants, qui montrent une atténuation du syndrome humoral : Albumine : 0 gr. 45 ; lymphocytes : 4,5 ; Pandy : plus léger. Benjoin : 01220.12200.00000.0.

Observation VII. — Fe... Aimée, femme Lej..., née le 8 octobre 1869 à Paris, soignée depuis deux ans, pour des manifestations tabétiques, est internée le 5 février 1926 en raison d'un état d'excitation psychique avec désordre des actes, propos incohérents, satisfaction, euphorie, idées absurdes érotiques et de richesse, hallucinations auditives et psychiques : elle va prendre un brevet pour le celluloïd, elle aura des millions, sera « professoresse » pour soigner les malades, va épouser l'interne qui est fou d'elle... il lui a dit : oui, par télépathie ; elle entend sa voix, une voix presque humaine qui résonne dans son cerveau, dans ses oreilles, dans tout son corps...

Son orientation est légèrement imprécise, elle se trouve guérie, se montre enjouée, turbulente, érotique, incapable d'aucun effort intellectuel cohérent.

En dehors de l'abolition des réflexes rotuliens et achilléens, les signes psychiques sont discrets : paresse pupillaire avec légère anisocorie, quelques trémulations de la langue, rares accrocs de la parole.

Les réactions du liquide céphalo-rachidien sont positives : 12 éléments par mmc. (lymphocytes), 0,50 p. 1.000 d'albumine, réaction de fixation positive.

Inoculée le 8 février et réinoculée le 10 mars, cette malade ne présenta que de légères oscillations thermiques comprises entre 37 et 38° ; cependant la rate était hypertrophiée et la malade maigrissait progressivement avec les signes d'un petit syndrome infectieux. La quinine et l'arsenic rétablirent son état général et elle pouvait sortir le 20 juin, rectifiant ses idées délirantes : « J'ai dit de grosses bêtises ; je ne sais pas comment j'ai pu déraisonner comme cela... », conservant un souvenir flou de son entrée, n'ayant plus d'embarras de la parole malgré la persistance de légères secousses fibrillaires de la langue, les pupilles demeurant légèrement inégales, paresseuses et en myosis.

Mme Fe... a été suivie et traitée depuis sa sortie. L'amélioration s'est accentuée et consolidée. Son comportement dans la vie familiale et sociale est entièrement normal,

ses souvenirs sont précis, son jugement et son autocritique corrects, elle est capable de se livrer à toutes les opérations intellectuelles d'une femme de son milieu. Les signes somatiques sont restés ce qu'ils étaient à la sortie.

Le syndrome humoral qui était le suivant, le 19 février 1926 : tension : 22cm. ; albumine : 0,40 p. 1.000 ; 14 lymphocytes par mmc. ; Bordet-Wassermann positif ; réaction du benjoin : 22221.22221.00000.0, s'est réduit le 20 mars 1928 à : albumine : 0,40 p. 1.000 ; 8 lymphocytes par mmc. ; réactions de Pandy et de Bordet-Wassermann positives ; réaction du benjoin : 02221.02210.00000.0.

Observation VIII. — D..., âgé de 51 ans, employé de magasin (interprète), entre dans le service le 26 août 1926. Il fait l'objet d'un placement d'office avec certificat du docteur Lucchini qui le déclare atteint d'un affaiblissement intellectuel portant surtout sur la mémoire et le jugement. Amnésie antéro-rétrograde ; grosse déficience de la mémoire de fixation, diminution de l'attention, désorientation dans l'espace et le temps ; inconscience de sa situation ; syndrome mélancolique, idées de négation, pleurs, gémissements : « le Printemps va faire faillite à cause de lui ». Idées de persécution : on lui a volé des dossiers pour lui faire perdre sa place. Inégalité pupillaire ; pupilles inertes, réaction de Bordet-Wassermann et de Meinicke positives dans le liquide céphalo-rachidien. Dans les certificats immédiats et de quinzaine, les docteurs Targowla et Robin confirment le diagnostic de paralysie générale avec vagues idées délirantes à teinte mélancolique. Quelques idées de persécution. Une ponction lombaire pratiquée le 9 septembre 1926 nous donne les résultats suivants : Tension : 27 cm. ; 20 éléments par mmc. ; Albumine : 0,60. Sur lame : lymphocytes. Wassermann positif. Benjoin : 22222.22222.00000.0.

Ce malade est impaludé le 7 septembre 1926.

Sa femme nous donne les renseignements suivants : elle est mariée avec lui depuis 22 ans ; elle a fait une fausse-couche ; il ne semble pas avoir eu de maladie antérieure à la connaissance de sa femme, mais il a toujours été nerveux. Le début de ses troubles actuels remonte au mois de juillet 1926 et est caractérisé par des pertes de mémoire, un changement de caractère ; il se montrait moins affectueux à son égard. Quelques vagues idées de persécution, il n'a pas eu d'ictus et n'a pas présenté antérieurement de périodes dépressives. A son entrée dans le service on constate un gros affaiblissement intellectuel se caractérisant par de la désorientation dans le

temps et dans l'espace, une incapacité d'effort mental et une certaine incurie. On lui a dit qu'il était malade, mais il ne sait pas en quoi cela consiste. Il a une vague concience d'avoir perdu la mémoire : il ne se rappelle pas l'année de sa naissance ; il a oublié les dates de la guerre. Ses réflexes rotuliens sont exagérés, ses pupilles inégales et inertes. A la suite de l'impaludation qui a évolué normalement, on ne constata pas immédiatement d'amélioration notable ; ce ne fut que le 23 septembre que sa femme, au cours d'une visite estima que le malade s'intéressait davantage à son foyer. Il restait cependant très déprimé, manifestant parfois des idées mélancoliques. Pendant le mois d'octobre et le début de novembre on a pu constater une amélioration très sensible dans l'état de ce malade, amélioration parallèle du syndrome clinique et du syndrome humoral, comme l'a montrée une ponction lombaire pratiquée le 4 novembre 1926, et qui donna les résultats suivants : 2,4 éléments par mmc. Albumine : 0,25. Bordet-Wassermann positif ; pas assez de liquide pour la réaction du benjoin. Il est sorti le 8 décembre 1926.

Nous avons appris, par la suite, que ce malade continuait sur nos indications à suivre un traitement spécifique ; il a repris ses anciennes occupations d'interprète, se livre à des traductions d'anglais et de portugais et gagne actuellement facilement sa vie. Il le confirme en votre présence.

Observation IX. — C..., 37 ans, ingénieur, entre le 31 mai 1927 dans le service ouvert de la clinique. Il est conduit par sa femme qui nous dit avoir constaté depuis quelque temps un changement dans le caractère de son mari ; devenu plus irritable, il ne supporte plus la moindre observation. Elle a appris qu'au point de vue professionnel on avait constaté dans la maison où il travaillait un fléchissement très sensible.

Nous constatons à son entrée dans le service un affaiblissement intellectuel manifeste, se traduisant par de la désorientation dans le temps et dans l'espace, des troubles très marqués de la mémoire. Il ne présente pas d'idée délirante.

Au point de vue neurologique, il a de la dysarthrie spontanée et aux mots d'épreuve. Ses pupilles sont inégales et paresseuses. Ses réflexes rotuliens sont vifs.

La ponction lombaire, pratiquée le 10 juin 1927, nous donne les résultats suivants : lymphocytes : 9 par mmc. ; albumine : 0,80 ; Pandy positif ; Bordet-Wassermann positif ; Benjoin : 22222.22222.10000.0.

Il est impaludé le 16 juin 1927 et supporte sans dommage onze accès palustres. (Il est intéressant de noter chez ce malade une longue période d'incubation puisque son premier accès ne s'est manifesté que le 8 juillet).

Il sort le 30 juillet 1927, réclamé par sa femme sans que nous ayions pu apprécier la moindre amélioration au point de vue clinique. Seul, le syndrome humoral était atténué ; en effet, une ponction lombaire faite le 29 juillet 1927 donne les résultats suivants : lymphocytes : 1,3 par mmc. ; albumine : 0 gr. 20 ; Pandy et Bordet-Wassermann, positifs ; benjoin : 01220.02222.00000.0.

Nous avons eu l'occasion de suivre ce malade, qui a subi très régulièrement un traitement spécifique (sulfarsénol, bismuth). Une amélioration au point de vue mental s'est manifestée peu de temps après sa sortie du service et est allée en s'accentuant progressivement.

Il travaille à l'heure actuelle dans une usine d'automobiles, où il gagne très suffisamment sa vie. Il n'a pas, cependant, repris ses occupations antérieures et évite, sur notre conseil, tout surmenage physique ou intellectuel. Il continue à se faire traiter, entièrement conscient de sa situation et ne présentant plus que quelques accrocs rares et discrets de la parole à certains mots difficiles.

Observation X. — J..., 34 ans, employé de commerce, entre le 27 juin 1927 au service ouvert de la Clinique. Il est conduit par sa femme, qui s'est aperçu depuis quelque temps d'un changement de caractère chez son mari. Dès le premier interrogatoire, nous pouvons mettre en évidence un affaiblissement intellectuel marqué.

J... se montre désorienté dans le temps et dans l'espace. Sa mémoire est troublée et il est incapable de fixer suffisamment les acquisitions nouvelles. Il a une conscience partielle de ses troubles, mais ne paraît pas s'en inquiéter. Il affecte, au contraire, une optimisme déconcertant en rapport avec un certain degré d'excitation psychique. L'examen neurologique vient confirmer nos craintes : pupilles inégales et inertes ; tremblements de la langue et des doigts ; réflexes rotuliens vifs ; dysarthrie dans le langage spontané, plus marqué aux mots d'épreuve. Une ponction lombaire, faite le 10 juillet 1927, montre : 20 lymphocytes par mmc. ; albumine : 0 gr. 60 ; Bordet-Wassermann positif ; Pandy positif ; benjoin : 22222.22222.20000.0.

Il est impaludé le 13 juillet 1927 et subit douze accès palustres.

L'amélioration s'est montrée précoce et il sort le 30 juillet 1927. La dysarthrie a beaucoup diminué, mais la mémoire reste troublée. La sortie ne lui est accordée que sur l'assurance de sa femme qu'il recevra encore les soins que nécessite son état. Il suit très régulièrement un traitement spécifique. L'amélioration se confirme, et vers la fin de l'année 1927, le malade reprend ses occupations antérieures.

Nous suivons depuis cette époque, très régulièrement, ce malade. Son état ne nous a plus donné d'inquiétudes. Une réserve doit être faite cependant à son sujet : le syndrome humoral persiste positif, malgré le traitement. Une ponction lombaire, pratiquée le 19 avril 1928, nous donne les résultats suivants : Lymphocytes : 5,8 par mmc. ; albumine : 0 gr. 55 ; Bordet-Wassermann fortement positif ; Benjoin : 22222.22222.21200.0.

Observation XI. — Bel..., 28 ans, est internée le 30 décembre 1927. Elle présente un état démentiel typique avec désorientation et obtusion intellectuelles, aucune conscience de son état. Les pupilles sont rigides, les réflexes rotuliens sont faibles ; on note une dysarthrie marquée et du tremblement généralisé avec instabilité musculaire.

Impaludée en janvier 1928, elle sort en liberté au mois de mai, apathique, bradypsychique, mais se rendant compte de son état morbide. Actuellement, elle a repris une existence normale, travaille dans un hôtel en même temps qu'elle s'occupe de son ménage, entretient le linge, fait la cuisine, tient les comptes ; sa tenue est propre, son comportement correct. La mémoire est assez bonne, les fonctions intellectuelles s'exercent normalement, mais la malade demeure très fatigable, apathique, sans spontanéité, et si elle a conscience d'avoir été gravement malade, ne se rend compte qu'imparfaitement de son état actuel. Un certain degré de dysarthrie persiste ; les pupilles sont inertes.

Trois ponctions lombaires ont été faites :

Dates	Lympho	Alb.	R. Pandy	B.-W.	R. benjoin
10 janv. 1928.	3	0,30	+	++++	12222.00222.00000-0
29 mars 1928..	1,8	0,30	0	++	01221.02200.00000-0
27 août 1928 ..	1	0,30	0	++	01100.22200.00000-0

Nous ne nous proposons pas de reprendre ici la discussion complète des résultats de la malariathérapie

dans la paralysie générale. Nous avons seulement voulu par une présentation massive (dans la mesure où il a été possible de grouper les malades) montrer que la malariathérapie permet la récupération sociale des paralytiques généraux en faisant disparaître les troubles psychiques. Il importe de remarquer qu'il ne s'agit pas de la régression des troubles spontanément curables surajoutés à la démence, mais bien de l'état démentiel proprement dit, à la fois dans ses manifestations grossières (troubles de la mémoire, de l'attention, du sens moral) et dans ce qu'il a de caractéristique et d'apparemment définitif: l'altération du jugement et de l'auto-critique, l'atteinte même de la personnalité.

Certains sujets, comme ceux des observations I et II, ont amélioré après leur sortie de l'asile la situation qu'ils occupaient auparavant, se sont perfectionnés dans l'exercice de leur métier ou de leur profession. Un autre de nos malades a pu préparer et passer avec succès le concours d'entrée dans une administration. Ce sont là, des constatations de faits difficilement compatibles avec la notion d'un déficit global persistant, même discret.

D'autre malades sont redevenus ce qu'ils étaient auparavant ; les familles et les médecins, avertis, ne peuvent discerner aucune modification notable et les sujets ont pu reprendre leurs occupations antérieures (observations III, IV, V, VI, VII).

Enfin, dans certains cas, on note l'existence de petits signes déficitaires (émotivité, désarroi facile, fatigabilité psychique) ou même la persistance d'un syndrome démentiel net mais très atténué, comme le montrent les dernières observations. Nous ferons d'ailleurs remarquer que l'on peut voir la récupération psychique totale s'affirmer très lentement chez nombre de sujets et certains malades signalent encore de nouveaux signes d'amélioration plusieurs années après le traitement ; il ne faut considérer comme stabilisés définitivement avec un déficit que les sujets demeurés stationnaires depuis longtemps.

Les signes physiques fonctionnels (dysarthrie, trem-

blements, etc.) rétrocèdent et disparaissent, tandis que les symptômes de lésions destructives (signe d'Argyll, signe de Westphal) subsistent.

De tels malades cessent d'être des aliénés pour redevenir des unités sociales actives. C'est là le fait capital. Ils restent cependant des « malades », des syphilitiques nerveux, que l'on doit surveiller médicalement et traiter. Peut-être peut-on, dès maintenant, considérer comme « guéris » certains sujets qui depuis plusieurs années ont vu disparaître leurs symptômes cliniques et biologiques ; mais dans la plupart des cas, un reliquat humoral persiste longtemps, plus ou moins important, indice d'un processus morbide toujours présent. Ces malades ne sont pas différents des autres syphilitiques nerveux, il ne sont pas différents de ce qu'ils étaient auparavant (sinon que leur affection est reconnue et peut être efficacement combattue).

On peut dire, en définitive, ce que nous écrivions déjà en 1925, qu'il existe maintenant des formes thérapeutiques de la paralysie générale dont la double caractéristique est : 1° la stabilisation du processus morbide ; 2° la régression ou la disparition des symptômes psychiques de la maladie. On peut, dès à présent, penser que dans les cas les plus favorables, il s'agit véritablement de la guérison du processus paralytique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 17 décembre 1928

Poliomyélite infantile et démence précoce, par L. MARCHAND et MARESCHAL. — Chez cette malade, fille d'alcoolique, née avant terme, apparut, à l'âge de 16 mois, une paralysie du membre inférieur gauche sans signe de spasmodicité. A 17 ans, début des troubles mentaux consistant actuellement en affaiblissement intellectuel, bouffées délirantes transitoires, négativisme, inertie, indifférence, inaffectivité, instabilité, impulsions, rires sans motif ; tic de succion ; ptosis de l'œil gauche. Pression du liquide céphalo-rachidien exagérée, glycorachie augmentée. Les auteurs rattachent au même processus infectieux la poliomyélite et la démence précoce.

Confusion mentale fébrile avec manifestations neuro-anémiques, par A. COURTOIS et J. THOMAS. — Une femme ayant présenté, après un choc émotionnel, un épisode de confusion mentale avec fièvre, est atteinte, vers la 3e semaine de sa maladie, d'une amyotrophie de la main gauche et des fléchisseurs de l'avant-bras ; quelques troubles de la sensibilité profonde, sans modifications notables des réflexes tendineux. Réactions de dégénérescence des muscles atrophiés. Amélioration de l'état mental, malgré la persistance d'une fièvre oscillante et d'une anémie grave. Wassermann négatif, liquide céphalo-rachidien normal, hémocultures négatives. Les auteurs émettent l'hypothèse qu'une même toxi-infection a provoqué la confusion mentale, puis les troubles neurologiques et hématologiques.

Automatisme mental chez deux sœurs, par MM. J. VIÉ et A. DUPONT. — Deux sœurs sont atteintes, au voisinage de la trentaine, d'un syndrome d'automatisme mental. L'aînée, nettement paranoïaque, a caché quelque temps son délire ; la plus jeune a révélé d'emblée ses hallucinations ; 10 mois de séparation n'ont pas atténué l'activité, ni modifié les carac-

tères individuels des troubles. Il ne s'agit pas de contagion mentale, mais de psychose hallucinatoire familiale.

Troubles émotionnels et troubles de l'équilibre avec chute (à type cérébelleux) chez un enfant de 10 ans, par MM. CHATAGNON et COUDERC. — Il s'agit d'un enfant de dix ans qui présente des troubles émotionnels, des troubles de la station-équilibration, des mouvements choréiformes des membres supérieurs et des troubes spastiques à type hémiplégique gauche sans signes de la série pyramidale.

A propos d'une observation de tumeur cérébrale, par MM. TOULOUSE, CHATAGNON et COUDERC. — Au point de vue clinique, quadraplégie et diplégie faciale. Rétro et latéropulsion gauche. Céphalées et obnubilition physique ; aphasie transitoire. Ponction lombaire : dissociation albuminocytologique et Benjoin positif. A l'autopsie, tumeur de la grosseur d'une mandarine, adhérente seulement aux méninges molles reposant sur le rocher et la tente cérébelleuse droite. Il s'agit d'un gliome à petites cellules, très vascularisé ; formation de collagène dans toutes les parois vasculaires.

Association de paralysie générale et de syndrome parkinsonien, par MM. CHATAGNON, POUFFARY et TRELLES. — Association d'une P. G. typique et d'un syndrome parkinsonien chez une malade n'ayant jamais eu d'accident syphilitique cliniquement reconnu et à B.-W. positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Délire interprétatif à manifestations rares, par M. PFERSDORFF. — Sujet qui prétend que, si divers accidents surviennent dans son entourage, c'est parce qu'il les a prévus.

Mélancolie, syndrome d'hallucinose en liaison avec une infection méningée à diplocoques et strepto-bacilles. Symptômes neurologiques frustes et transitoires. Psychose évoluant depuis un an, en voie d'amélioration, par MM. BUVAT, MASSELON et VILLEY. — Les auteurs pensent que la réaction méningée est à la base des phénomènes d'automatisme mental et craignent l'évolution de l'affection en un délire secondaire de persécution.

Suicide par ignition, par M. HYVERT. — Il s'agit d'uue malade mélancolique avec idées hypocondriaques, qui s'est suicidée en faisant brûler sa chemise sur elle. Les lésions, superficielles, mais très étendues, ont entraîné la mort.

Intolérance pour l'arsenic et le bismuth chez une paralytique impaludée, par M. TRÉNEL. — Une paralytique impaludée présente, à la suite d'un premier traitement par le stovarsol en comprimé (10 grammes), une éruption scarlatiniforme. Après douze jours d'interruption, récidive de l'exanthème dès la deuxième dose. Dix jours plus tard, traitement par le quinby. A la cinquième injection, apparition d'exsudat limité aux amygdales et aux piliers sans stomatite.

Corps étrangers du duodénum, par M. TRÉNEL. — A l'autopsie d'une mélancolique sénile cachectique, on trouve deux épingles à cheveux fixées dans la première portion du duodénum. Dans un abcès enkysté péritonéal de la région ombilicale se trouve une aiguille de trois centimètres ; une aiguille à repriser de cinq centimètres était fichée dans le pancréas. Il existait de plus un petit foyer de péritonite enkystée au niveau de la grande courbure sans corps étranger. Aucun symptôme n'avait fait prévoir ces lésions. On apprit ultérieurement que la malade avait précédemment évacué une épingle à cheveux par l'anus.

L. MARCHAND.

Société belge de médecine mentale

Séance du 24 novembre 1928

Présidence du Dr L. VERVAECK (Bruxelles)

M. HOVEN (Mons), **Quelques cas de psychoses post-encéphaliques.** — Description de six cas de troubles mentaux survenus deux à quatre ans après une atteinte aiguë d'encéphalite épidémique. A côté des troubles nerveux caractéristiques de cette affection, on constatait deux ordres de syndromes : 1° un syndrome mélancolique tantôt simple, tantôt compliqué d'anxiété ; 2° un syndrome rappelant la démence précoce hébéphréno-catatonique. Ces psychoses de la période secondaire de l'encéphalite semblent être assez rares. Leur pronostic n'est guère favorable.

M. DEREUX (Lille), **Démence pseudo-bulbaire syphilitique.** — Observation d'un malade âgé de 39 ans ayant présenté il y a dix ans des phénomènes d'agitation et de dépression ayant entraîné son internement. Il avait déjà à ce moment présenté du rire et pleurer spasmodique et de la marche à

petits pas. L'auteur le revoit ces temps-ci après qu'il a fait deux ictus successifs. Il présente du rire et pleurer spasmodique, des réflexes tendineux exagérés à gauche, du Babinski bilatéral et du déficit psychique très marqué portant sur toutes les fonctions mentales. Dans le liquide céphalo-rachidien, la réaction au benjoin est subpositive, le B.-W. négatif et il existe une légère albuminose. Après le premier ictus, le malade a été très amélioré par un traitement spécifique. On se trouve devant le tableau clinique isolé par Ch. Foix et Chavany dans la syphilis cérébrale et caractérisé : 1° par des signes pseudo-bulbaires ; 2° par des troubles mentaux. Cet ensemble pathologique apparaît très précocement.

M. Divry (Liége), **Somnambulisme alcoolique.** — Il s'agit d'un ouvrier polonais qui a escaladé une nuit la plateforme de l'habitation du directeur du charbonnage où il travaillait et a cassé du pied une glace très épaisse. Il s'est ensuite éloigné très calmement. Lorsqu'il se réveille le lendemain, au moment où on vient l'arrêter chez lui, il ne se souvient de rien. C'est un bon ouvrier très bien coté. Deux ans auparavant, il s'est produit à peu près dans les mêmes conditions un autre événement bizarre : il a été amené au poste de police complètement dévêtu et sans qu'il puisse expliquer ce qui lui est arrivé. L'enquête a permis de démontrer qu'il avait bu quelques verres de bière la veille au soir. Il s'agit d'un cas d'ivresse pathologique à forme somnambulique, bien isolée, il y a déjà 30 ans, par le professeur X. Francotte. L'alcool, pris du reste en quantité assez modérée, n'a servi que de révélateur des tendances endogènes créées par le terrain névropathique.

M. Deroubaix demande si l'auteur a songé à l'épilepsie larvée.

M. Vervaeck pose la même question pour l'hystérie.

MM. d'Hollander et Ley considèrent que la pathogénie de l'ivresse pathologique n'est pas élucidée et que ses caractères varient suivant les auteurs.

M. Divry trouve que le diagnostic d'ivresse pathologique doit tenir compte des facteurs suivants : elle doit succéder à l'absorption d'une dose modérée d'alcool, elle doit se développer rapidement, sans phase paralytique, elle est suivie d'une phase d'amnésie complète et d'un sommeil profond consécutif. Dans le cas présent, les diagnostics d'épilepsie larvée et d'hystérie doivent être écartés.

Séance du 22 décembre 1928

Séance commune de la société de Médecine mentale et de la société de Médecine légale de Belgique

MM. ALEXANDER (Bruxelles) et NYSSEN (Anvers), **La paralysie générale au point de vue médico-légal.** — Les auteurs s'attachent surtout à faire ressortir les nouveaux aspects médico-légaux que présente la paralysie générale chez les malades malarisés. De l'ensemble des statistiques parues, on peut établir qu'environ 30 0/0 des malades présentent une guérison complète. Cette guérison ne peut pourtant être affirmée qu'après un examen psychologique et psychiatrique approfondi et prolongé. Cette condition n'est pas toujours remplie et peut vicier les statistiques. D'autre part, les rechutes sont toujours possibles. Pourtant si l'état mental normal se maintient sans fléchissement pendant trois ans et si le liquide céphalo-rachidien est redevenu normal, on peut, dans l'état actuel de nos connaissances, considérer la guérison comme durable.

Malgré tout, pour qu'un ancien P. G. puisse être considéré comme responsable au point de vue pénal, il faudra une longue observation et le doute reste toujours permis. De même, au point de vue de la capacité civile, on pourra, après une observation assez longue, accorder la main-levée de l'interdiction et permettre la reprise complète du travail. Il faudra pourtant toujours écarter les anciens P. G. malarisés des postes de sécurité.

La discussion de ce rapport est remise à une date ultérieure.

VARIÉTÉS

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Légion d'honneur. — Est promu au grade d'officier : M. Haye, chef de Bureau au Ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

Sont nommés chevaliers : M. le Dr Buvat, médecin-directeur de la Villa Montsouris, 130, rue de la Glacière ; M. Chandet, sous-directeur de l'Assistance départementale à la Préfecture de la Seine.

NÉCROLOGIE

Madame Louis Frèrejean née Baillarger

Nous apprenons la mort, dans sa 81e année, de Mme Louis Frèrejean, infirmière major S. B. M., décorée de la médaille de la Reconnaissance française. Mme Frèrejean était la fille de Baillarger, fondateur des *Annales* et de la *Société médico-psychologique*. C'est dire que sa perte sera douloureusement ressentie dans ce groupement scientifique, dont elle a pu suivre le développement pendant de longues années. Les obsèques ont eu lieu le 4 janvier. Nous adressons à sa famille l'expression de notre respectueuse et profonde sympathie.

H. C.

Le Professeur Letulle

Nous apprenons avec peine la mort du Professeur Maurice Letulle, décédé à l'âge de 76 ans, dont les obsèques ont eu lieu le 4 janvier. Ce n'est pas ici le lieu d'apprécier ses travaux scientifiques universellement connus, mais il convient d'insister sur le dévouement absolu qu'il donnait à toutes les

œuvres d'assistance sociale et de rappeler son rôle pendant la guerre alors qu'il dirigeait l'hôpital Buffon. Dans ces dernières années, nous avions souvent l'occasion de le rencontrer aux séances du Conseil de Perfectionnement des Ecoles d'Infirmières dont il était le président. Il charmait tous ceux qui avaient l'honneur de l'approcher et personnellement je ne saurais oublier l'accueil si courtois et si cordial en même temps que j'ai toujours trouvé auprès de lui. Nous adressons à Mme Letulle et à son fils l'expression de notre profonde sympathie.

H. C.

Le Professeur Fernand Widal

Le Professeur Fernand Widal est décédé le 14 janvier dans sa 67e année d'une hémorragie cérébrale. Ses obsèques ont eu lieu le 17 janvier. Le Dr André Lemierre résume ainsi l'œuvre de son illustre maître :

« Pour la postérité, Widal restera le créateur de la sérologie clinique et des méthodes de diagnostic indirect des infections, l'inventeur des séro-diagnostics, du cyto-diagnostic, celui qui a le premier su réaliser expérimentalement, chez les brightiques, l'œdème tel que la nature l'engendre spontanément, montrer le rôle du chlorure de sodium dans sa pathogénie et qui a découvert l'efficacité du régime déchloruré ; celui qui a tiré du chaos de l'urémie le syndrome de rétention azotée et appris à le diagnostiquer par le dosage de l'urée sanguine ; celui qui, faisant subir à la classification des symptômes du mal de Bright une complète refonte, a préparé l'avènement de nouveaux cadres nosologiques ; le rénovateur, enfin, de la pathologie humorale fondée sur l'observation clinique et les données des méthodes d'exploration et de mesure d'une exactitude rigoureuse. Un tel héritage suffira à perpétuer sa mémoire et à lui assurer, aux yeux des générations futures, une place privilégiée parmi les plus grands maîtres de la médecine et parmi les gloires scientifiques de la France. »

Le Professeur Sicard

Nous apprenons la mort subite du Professeur Sicard décédé le 28 janvier à l'âge de 56 ans. Nous ne rappellerons pas ici

la figure bien connue de ce brillant élève de Brissaud et de Widal, si prématurément disparu. Tous les médecins aliénistes le connaissaient car, pendant plusieurs années, il participa, de façon assidue, aux Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française et y fit de nombreuses communications. Nous adressons à sa veuve et à ses enfants l'hommage de notre profonde sympathie.

Le médecin inspecteur général Delorme

Le médecin inspecteur général Delorme, ancien président de l'Académie de Médecine où il prenait encore la parole à l'une des dernières séances, est décédé le 27 janvier à l'âge de 82 ans.

MÉDECINS DES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE

Sur la proposition de M. Chausse, au nom de la 3e Commission, le Conseil général de la Seine vient de prononcer la validation du temps de service accompli comme chef de clinique titulaire par les médecins des asiles d'aliénés de la Seine.

INSTITUT DE CRIMINOLOGIE

M. Laignel-Lavastine, agrégé à la Faculté de médecine, a commencé un cours élémentaire de psychiatrie médico-légale, à la Faculté de droit, amphithéâtre I, le lundi 21 janvier 1929, à 11 h., et le continuera tous les lundis, à la même heure.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

En raison de nécessités locales, le Congrès se tiendra à *Barcelone* du *21 au 26 mai 1929* au lieu de la date primitivement fixée.

Xe RÉUNION NEUROLOGIQUE ANNUELLE

(*Paris, 29 mai 1929*)

Président : M. Babonneix

Questions à l'ordre du jour :

Les dystonies. — 1. Les spasmes de torsion, par M. Wimmer (de Copenhague). — 2. Le torticolis spasmodique, par M. Barré (de Strasbourg).

La chirurgie du sympathique, par M. Leriche (de Strasbourg).

M. Wagner-Jauregg fera une conférence sur la malariathérapie dans la paralysie générale.

Secrétaire général : M. Crouzon, 70 *bis,* avenue d'Iéna.

JOURNÉES MÉDICALES DE PARIS, 1929

Les prochaines *Journées médicales de Paris* auront lieu du 9 au 14 juin 1929 ; elles sont organisées avec le concours de la *Revue médicale française* et de ses collaborateurs et sont ouvertes à tous les médecins français et étrangers, ainsi qu'aux étudiants en médecine.

Cotisation : 50 fr. pour les adhérents aux Journées ; 20 fr. pour les dames et pour les étudiants en médecine. Paiement par chèque ou chèque postal « Journées médicales ». Compte 1.155-60, Paris.

S'adresser pour tous renseignements à M. le docteur Léon Tixier, 18, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

CROISIÈRE ANNUELLE DE « BRUXELLES-MÉDICAL » : « AU CERCLE POLAIRE »

Pour répondre au désir exprimé de tous côtés, la croisière médicale organisée annuellement par « *Bruxelles-Médical* » s'effectuera en été 1929, « au Cercle Polaire », et durera 24 jours. L'itinéraire, qui permettra la visite des plus jolis

fjords de Norvège, des Iles Lofoden, des Iles Feroë, des Iles Shetland, du Firth of Forth (Edimbourg), sera le suivant :

(Bordeaux), Zeebrugge, Kopervik, Norheimsund, Bergen, Gudvangen, Balholm, Loen, Merok, Aandalsnaes, Svartisen (puis Cercle Polaire), Digermulen (Iles Lofoden), Thorshavn (Iles Feroë), Lerwick (Iles Shetland), Leith (Edimbourg et Lacs d'Ecosse), Zeebrugge (Bordeaux). Le départ et le retour se feront de et à Zeebrugge. Ceci permettra aux passagers qui ne connaissent pas Bruges de visiter cette ville dont la renommée n'est plus à faire. Le paquebot ayant son port d'attache à Bordeaux, les personnes qui désireraient s'embarquer dans ce port pourront le faire moyennant un très léger supplément. L'escale de Zeebrugge sera suffisante pour visiter Bruges et Ostende.

Le navire qui effectuera la croisière est le paquebot de grand luxe, à moteurs, « *Brazza* » (16.000 tonnes, 144 mètres de longueur), dont ont gardé si bon souvenir tous ceux qui ont fait, l'an dernier, la croisière de « *Bruxelles-Médical* » à Madère et aux Canaries. Deux classes sont prévues avec, comme prix inférieur, 2.500 francs français (2es classes mixtes). Deux tarifs ont été établis, l'un pour les médecins et leurs familles (femmes et enfants célibataires), l'autre pour les personnes étrangères au corps médical, *mais avalisées par leur médecin de famille.* Des excursions seront organisées dans tous les ports. Le prix en sera extrêmement réduit malgré le change élevé des pays visités.

Remarque très importante : Le coût du voyage sera, toutes choses égales d'ailleurs, nettement inférieur à celui de l'an dernier. Pour tous renseignements et les inscriptions, s'adresser dès maintenant à la *Section de Bruxelles-Médical,* 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles. Il sera tenu compte des dates d'arrivée des demandes.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. Colin.

Cahors, Imprimerie Coueslant (*personnel intéressé*). — 37.572

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique

Le Congrès de Québec (5-7 septembre 1928)

Vers la fin du mois d'août dernier, répondant à l'invitation fraternelle des médecins Canadiens français, sept médecins de France s'embarquaient, les uns au Havre, les autres à Cherbourg, pour se rendre à Québec où avait lieu cette année le X[e] Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord. Suivant une coutume qui tend à s'établir, la délégation française comprenait même un récidiviste. Ceux qu'enveloppa une première fois l'affectueuse hospitalité des Français d'Amérique envisagent un second voyage avec l'émotion joyeuse d'un retour au foyer. Jalonnée de souvenirs, la traversée paraît plus courte. A l'attrait de l'inconnu se substitue ou s'ajoute la joie de retrouver des amis éloignés, de revoir des lieux dont la grandeur et l'histoire, si mêlée à la nôtre,

ne permettent plus l'oubli dès qu'on les a entrevus.

Epars dans l'Univers, nombreux sont les sites dont la beauté et la majesté attira et fixa les hommes de notre race. En est-il de plus représentatif que ce rocher de Québec, symbole de vaillance, d'audace, de ténacité, de durée ?

Comme sur son granit même, le temps a passé sur ceux qui s'y accrochèrent. Son cortège de luttes, de revers, de malheurs, n'a pas plus mordu leur âme que laissé sur le roc son empreinte. Fidèles à leur passé, ces hommes ne s'y arrêtent pas comme devant un tombeau. D'une marche parallèle à la nôtre, ils suivent les destinées intellectuelles de leur race. Grâce à eux, notre culture possède sur le Continent Américain un bastion que sa qualité et les efforts douloureux de ses créateurs nous rendent plus cher encore.

Sans doute, vous trouverez à Québec, et jalousement gardés, les souvenirs du passé, de notre commun passé. Mais ce que vous apercevrez dès l'abord, ce sont les mille manifestations de la vie intellectuelle française moderne. Elle viendra jusqu'à vous de la rue, des vitrines des libraires, des affiches des théâtres, des journaux, des conversations, parlant dans la douce musique de votre langue du dernier roman, de la dernière pièce, de la dernière découverte scientifique, de la dernière réception de l'Académie, de la dernière nomination professorale... Ainsi, dans la forêt canadienne, parmi les grands cadavres des arbres que l'âge, le vent et l'hiver ont vaincus, une génération ardente naît de la mort elle-même et dresse vers le Ciel ses cimes audacieuses et serrées. Québec « se souvient ». Le souvenir, celui-là même qui stérilise les faibles, donne aux forts une ardeur nouvelle.

La ville de Québec avait été désignée par le Congrès comme lieu de sa X^e^ session. Siège du Gouvernement de la Province, elle est aussi le Siège de l'Université Laval, fondée dès 1853, et dont la très prospère Faculté de Médecine, très bien installée, a pour Doyen le *Professeur Arthur Rousseau,* membre correspondant de l'Académie de Médecine, et comme Secrétaire le *Professeur Arthur Vallée.* Sous la présidence d'honneur de l'*Honorable Athanase David,* secrétaire provincial, le Congrès, qui eut un très grand succès et réunit plus de 425 adhésions, fut présidé par le très distingué *Professeur P.-C. Dagneau,* de l'Université Laval. Les *D^rs^ P.-Z. Rhéaume* (de Montréal), *F.-A. Richard* (de Moncton) et *J.-C.-E. Tassé* (de Worcester) avaient été désignés comme vice-présidents. Le *D^r^ J. de Varennes,* secrétaire de l'Association, le *D^r^ A.-R. Potvin,* secrétaire général du Congrès et le *D^r^ Arthur Leclerc,* trésorier, assurèrent la charge d'une organisation en tous points parfaitement réussie.

Une innovation fort bien accueillie avait fait suivre les trois journées du Congrès d'une journée psychiatrique, consacrée à l'Hygiène Mentale et dont on trouvera le compte rendu plus loin.

Le 5 septembre, à 10 h. 30, dans la Grande Salle du Château Frontenac, eut lieu la SÉANCE D'OUVERTURE du Congrès. Le *Professeur P.-C. Dagneau* la présida avec autant de tact et de modestie que d'autorité et de succès. Après une allocution très applaudie, il donna la parole à l'*Honorable Athanase David,* dont l'éloquence élégante et précise, le discours nourri de faits furent très remarqués, et à *Son Honneur, le Maire Auger,* qui offrit aux Congressistes les souhaits de bienvenue de la Cité.

Au nom de l'Université Laval, *Mgr Camille Roy, vice-recteur,* en des paroles émouvantes, évoqua éloquemment les magnifiques survivances canadiennes françaises, rappelant « que dans cette Amé-« rique du Nord, où la France a tout perdu de sa « domination politique, elle a tout conservé de la « vie plus précieuse de son âme et de son génie. « Partout encore surgissent, prospèrent, des pro-« vinces de vie française. C'est l'esprit de la race « qui survit à toutes les vicissitudes de l'Histoire et « qui est immortel, comme son idéal et sa « destinée ».



Après lecture du rapport dans lequel le *Dr Jos. de Varennes* exposa les efforts et les heureux résultats obtenus par l'Association, *M. le Président P.-C. Dagneau* présenta très aimablement les membres de la délégation française. Le *Professeur C. Jeannin,* président de la délégation, répondit, exprimant en termes heureux l'émotion et la reconnaissance de ses compatriotes en présence de l'accueil qui leur était fait.

Les SÉANCES de travail, très suivies, furent consacrées à l'exposé et à la discussion de rapports et de communications. Deux questions avaient été mises en tête de l'ordre du jour du Congrès. A la séance du 5 septembre, l'INFECTION PUERPÉRALE fut l'objet d'importants rapports du *Professeur C. Jeannin* (de Paris) et du *Professeur L.-J. Caouette* (de Québec), d'intéressantes communications des *Drs L.-F. Dubé* (de Notre-Dame du Lac), *Gérin-Lajoie* (de Montréal), *E. Fortier* (de Québec), et du *Professeur J. Vaillancourt* (de Québec).

Le jeudi 6 septembre, le traitement chirurgical des infections puerpérales fut traité par le *Professeur Phanœuf* (de Boston), le *Dr Georges Labey,*

chirurgien des Hôpitaux de Paris, le *Professeur Ethier* (de Montréal), le *Dr F. de Martigny* (de Montréal). Les *Drs E. Lemieux* et *P. Garneau* (de Québec), le *Dr Oscar Mercier* (de Montréal), traitèrent des pyélonéphrites dans leurs rapports avec la grossesse et les suites de couches.

Enfin, notre compatriote, le *Professeur Brousseau*, de l'Université Laval, de Québec, fit, en collaboration avec les *Drs S. Caron* et *L. Larue* un exposé très intéressant, basé sur de nombreux cas personnels, des syndromes mentaux liés aux infections puerpérales.

La séance du vendredi 7 septembre fut consacrée à la DIPHTÉRIE. Le *Professeur P. Lereboullet* (de Paris), chargé d'un rapport sur le traitement actuel de la Diphtérie, en fit un exposé magistral. Le *Dr G. Lapierre*, directeur de l'Ecole d'Hygiène Sociale de Montréal, fit une mise au point très remarquée des règles de la prophylaxie antidiphtérique. On entendit encore les communications du *Professeur L.-N. Fiset*, du *Dr Letondal* (de Montréal), du *Dr Longpré* (de Montréal), du *Dr L. Paré* et de notre compatriote, le *Dr Leclerc*, ancien interne des Hôpitaux de Paris qui traita de la fixation des toxines diphtériques et tétaniques sur le tissu nerveux.

En dehors de ces 3 séances qui furent consacrées à la discussion des questions mises à l'ordre du jour du Congrès, de nombreux travaux furent exposés et discutés dans les séances de la Section de Médecine et de la Section de Chirurgie, ou dans des démonstrations cliniques qui eurent lieu le matin dans les divers hôpitaux de Québec. Sans pouvoir rappeler ici tous ces travaux, il faut signaler les communications du *Professeur Arthur Vallée* sur quatre cas d'anomalie rénale, des *Professeurs Ber-*

ger et Vallée, à propos de la splénomégalie mycosique, du *Dr M.-E.Bélanger,* sur la nouvelle loi des accidents du travail, du *Dr J. Beaudoin,* sur la vaccination par le B. C. G., du *Professeur A. Simard,* de *MM. R. Fostier, J. Guérard, A. Lessard, R. Mayraud, T. Lafrenière, L. Jutras, Desmeules et Lespérance, Albert Jobin, F. Gagnon, J.-N. Roy, J.-E. Blondin, J.-A. Mireault, J.-B. Jobin, A. Comtois, P. Parrot, L.-G. Pinaut, C. Vézine, A. Marois, N.-A. Dussault, J.-A. St-Pierre, E. Verrault, J.-E. Samson, Jules Vallée, P. Dupré, V.-A. Oppel et Kasatchenko,* etc., etc.

La *Section de Médecine* était présidée par le *Professeur E. Fortier* (de Québec) et la *Section de chirurgie,* par le *Dr L.-G. Pinault* (de Campbellton).

En plus de la contribution française apportée aux intéressants travaux du Congrès, par le Professeur Jeannin, le Professeur Lereboullet, le Dr Georges Labey et le Dr René Leclerc, il faut signaler le vif succès de la remarquable conférence que fit, le 8 septembre, le *Dr Desfosses,* sur « les Caractéristiques de l'Enseignement Médical français ».

Les matinées furent employées à la visite des Hôpitaux, dans lesquels furent faites des leçons cliniques, en particulier à l'*Hôtel-Dieu du Précieux Sang,* fondé en 1639, par la duchesse d'Aiguillon, et à l'*Hôpital du Saint-Sacrement,* de construction toute récente. Cet établissement, qui vient d'ouvrir ses portes, est un modèle d'hôpital moderne pourvu de tous les perfectionnements les plus récents. Le service de Clinique Médicale est dirigé par le Doyen Rousseau. Le service de Clinique Chirurgicale est sous la direction du Professeur Dagneau. Ces services, les services annexes, les laboratoires, les services généraux, etc., ont été installés magnifique-

ment, alliant au souci du confort, du détail, la perfection de l'installation technique. L'Université Laval peut, à bon droit, être fière de ce centre d'Hospitalisation et d'Enseignement. L'Hôpital du Saint-Sacrement possède encore un service d'enfants et une consultation de neuro-psychiatrie, confiée par M. le Doyen Rousseau à notre très distingué collègue, le Professeur Brousseau.

Une *Exposition* groupant des spécialités pharmaceutiques, des installations chirurgicales, électroradiologiques, des livres était annexée au Congrès.

Des *réceptions* multiples et charmantes attendaient les Congressistes, et particulièrement les délégués français : Réception à Spencer-Wood, chez Son Excellence le Lieutenant-Gouverneur ; déjeuners offerts par le Président du Congrès, P^r^ Dagneau, par la Société Médicale de Québec, sous la présidence du Professeur Vaillancourt, par le Comité France-Amérique, sous la présidence du Professeur Arthur Vallée ; dîners offerts par le Doyen et les Professeurs de la Faculté de Médecine de l'Université Laval, par le Président et les membres du Congrès. Ce dernier, présidé par l'Honorable Honoré Mercier, Ministre des Terres et Forêts de la Province de Québec, fut l'occasion d'une touchante manifestation de sympathie en l'honneur du D^r^ Brochu, professeur émérite de la Faculté et qui fut, il y a vingt-cinq ans, le fondateur du Congrès.

Une soirée musicale, donnée avec le concours de la Fanfare du Royal 22^e^ et des chanteurs de Saint-Dominique, permit d'entendre des chants canadiens. Les Chansons du Vieux Temps et les Chansons du Folklore furent très appréciées. L'imitation de quelques-unes des plus hautes personnalités

médicales du Congrès par un amateur anonyme..., bien connu de tous les assistants, remporta un franc succès.

Le *Comité de Réception,* présidé par le *Professeur Arthur Vallée,* avec comme secrétaire le *Dr P. Garneau,* fit des merveilles. Les dames, qui étaient nombreuses (aux Congressistes français s'étaient jointes Mme Jeannin, Mme Desfosses, Mlles Labey et Lereboullet), furent invitées à des promenades en automobile, et dirigées dans les visites historiques de la ville de Québec et de l'Ile d'Orléans, île dont le souvenir est inséparable de l'accueil inoubliable de Mme et de M. le Doyen Rousseau.

Il faut s'arrêter sans pouvoir nommer tous ceux, à Québec ou à Montréal, dont l'hospitalité cordiale et généreuse s'ingénia à prévenir les désirs de ces hôtes de passage, Français de France, reçus comme des messagers symboliques. Ces hôtes savent que leur personnalité n'était pour rien dans l'accueil qui leur était fait par tous. D'avoir senti vibrer ainsi, à leurs côtés, cette affection qui, à travers eux, s'adressait au pays qu'ils représentaient, ils ont rapporté cette émotion qui éclaire le jugement au lieu de l'obscurcir. Ils ont senti ce qu'ils auraient pu ne pas comprendre.

Qu'il me soit permis de remercier aussi M. le Doyen de l'Université Mac-Gill, de Montréal, l'Université de Toronto et la société de psychiatrie de l'Etat de Massachusetts, de l'accueil et des réceptions qu'ils ont bien voulu ménager aux deux psychiatres français au cours de leur voyage d'études dans l'Amérique du Nord.

Avant de se séparer, les membres de l'Association procédèrent à l'élection du Bureau de la Session

suivante. Le XI[e] Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord se tiendra en 1930, à Montréal, sous la présidence du D[r] P.-Z. Rhéaume (de Montréal). Ont été désignés comme vice-présidents : le Professeur Albert Paquet (de Québec), le Professeur L.-E. Phanœuf (de Boston), et le D[r] L.-H. Laporte (d'Edmonton) ; comme secrétaire général de l'Association : le D[r] Oscar Mercier (de Montréal) ; comme secrétaire du Congrès : le D[r] Donatien Marion (de Montréal) ; le D[r] Hyacinthe Lebel (de Montréal) a été nommé trésorier.

A l'occasion du Congrès de Québec, une journée clinique fut également organisée à Sherbrooke (près de la frontière du Maine), par l'Association Médicale de la province de Québec et eut un grand succès.

La psychiatrie au Congrès de Québec

Sur l'initiative du D[r] Desloges, Directeur Médical Général, la journée du 8 septembre fut consacrée à l'hygiène mentale. Deux réunions furent organisées. L'une eut lieu le matin à la Clinique Roy-Rousseau, sous la présidence du *Professeur Saluste Roy,* surintendant de l'Hôpital Saint-Michel-Archange, avec notre collègue, le *Professeur A. Brousseau,* comme secrétaire général.

Sur l'estrade avaient pris place, aux côtés du Président, le Professeur S. Roy, du Docteur A.-H. Desloges et du Professeur A. Brousseau, le D[r] Georges M. Kline (de Boston), Commissioner de l'Etat de Massachusetts, le D[r] George L. Wallace, surintendant de l'Etablissement pour arriérés de Wrentham, et les deux psychiatres français.

Dans une allocution présidentielle très applaudie, le Professeur S. Roy, après avoir remercié l'assistance, très nombreuse, et souhaité la bienvenue aux collègues de France et des Etats-Unis, rappella l'histoire de l'Hôpital Saint-Michel-Archange depuis 1845. C'est à cette date que les aliénés de la Province, alors disséminés à l'Hôpital général de Québec, chez les Ursulines de Trois-Rivières et à la prison de Montréal, furent réunis, au nombre de 82, et hospitalisés à Beauport, dans le manoir de l'ancien seigneur canadien, Robert Giffard, manoir construit en 1634. Trois ans plus tard, l'expérience ayant donné d'heureux résultats, l'Etablissement fut transféré par les médecins propriétaires au lieu qu'il occupe actuellement.

En 1893, le Gouvernement de la Province confia les malades aux Révérendes Sœurs de la Charité de Québec, qui en ont la charge aujourd'hui, et se réserva le contrôle du service médical, dont la direction fut confiée au Professeur Vallée, père du très distingué Professeur Arthur Vallée, secrétaire actuel de la Faculté de Médecine de l'Université Laval, de Québec.

Sous son impulsion et celle de son successeur, le Professeur Brochu, l'Etablissement prospéra et devint bientôt l'un des services cliniques de l'Université qui se réserva la désignation des médecins chargés d'en diriger les services et d'y faire l'enseignement Le Professeur S. Roy succéda, comme surintendant, au Professeur Brochu. Le Professeur A. Brousseau est directeur du service clinique et y enseigne la neurologie et la psychiatrie ; les Professeurs Berger et Paulin y dirigent les laboratoires d'anatomie pathologique et de biologie. Trois autres professeurs de l'Université y assurent les

services de chirurgie, d'ophtalmologie, d'oto-rhino-laryngologie et de stomatologie.

L'Hopital Saint-Michel Archange hospitalise actuellement environ 2.000 malades. La Clinique Roy-Rousseau et l'Ecole La Jemmerais, récemment construites, sont des établissements modèles, spécialisés, qui attestent le souci constant d'améliorer le traitement des malades et les conditions de l'enseignement.

Le Professeur S. Roy termina cet exposé « en rendant hommage aux Révérendes Sœurs de la Charité, pour la large part de mérites qui leur revient dans toutes les réformes opérées dans cette maison, depuis qu'elles en ont pris la direction. Elles n'épargnent aucun des sacrifices que leurs faibles ressources leur permettent, pour améliorer les conditions de leur hôpital et adoucir le sort des malheureux confiés à leurs soins. La largeur de vue et l'esprit progressif de la Révérende Sœur Supérieure placée à la direction de cette maison, le zèle et le dévouement de ses bonnes infirmières, ne contribue pas peu à faciliter notre tâche ».

« Les Hôpitaux d'aliénés de la Province sont maintenant organisés sur un pied d'efficacité qui nous permet de rendre à nos malades et à la société, les services qu'on en attend. Des méthodes inconnues de nos devanciers sont à notre disposition pour orienter les diagnostics et diriger les traitements. »

« Conscient de nos responsabilités, nous avons l'ambition de ne rien négliger de ce qui peut contribuer à améliorer et guérir si possible, les malheureux confiés à nos soins. »

« Nous croirions cependant manquer à notre devoir en limitant là notre champ d'action ; il est de

plus en plus évident que l'internement des aliénés confirmés ne suffit pas à protéger la société contre l'envahissement des troubles mentaux à une époque où les conditions de la vie sont de nature à les multiplier. »

« La campagne d'hygiène générale si vigoureusement dirigée par le Gouvernement, a sans doute prévenu de nombreux dangers qui menacent la société, mais ses moyens d'action ne lui ont permis jusqu'ici que de faire implicitement œuvre d'hygiène mentale. »

« Comme les causes prédisposantes des troubles mentaux se trouvent dans la plupart des autres fléaux sociaux, il nous semble de première importance qu'un service de prophylaxie mentale, travaille en étroite liaison avec celui d'hygiène générale, afin de sauvegarder la santé psychique des individus. »

« Il est de notre devoir, à nous surtout, médecins d'hôpitaux d'aliénés, aidés des pouvoirs publics et du concours de toutes les bonnes volontés, d'être les principaux zélateurs de cette œuvre de prophylaxie et d'y contribuer par tous les moyens à notre disposition. Combien de psychopathies à peine en voie d'évolution seraient évitées, si le public était renseigné sur les moyens à prendre pour éloigner les causes déterminantes et occasionnelles qui tendent à les faire éclore. »

« Le gouvernement de notre Province s'est toujours montré si soucieux de la santé publique qu'il ne manquera pas de seconder efficacement et généreusement, toutes les initiatives de nature à mener à bien cette campagne d'hygiène mentale, destinées à maintenir l'intégrité de notre capital psychique, seule source de toutes nos énergies. »

Après *l'allocution présidentielle* très applaudie du Professeur Saluste Roy, qui ouvrit la séance, la parole fut aussitôt donnée à l'un des délégués français pour une Conférence sur les premiers symptômes de la paralysie générale. D'intéressants travaux furent ensuite présentés, dont on trouvera plus loin le résumé.

Après la séance, eut lieu la visite de cette Clinique modèle dont les Annales ont déjà signalé l'installation remarquable et le fonctionnement (1). Le Professeur A. Rousseau, Doyen, et le Professeur A. Vallée, secrétaire de la Faculté de Médecine de l'Université Laval, le Professeur P.-C. Dagneau, Président du X[e] Congrès, le D[r] P.-Z. Rhéaume, vice-président et futur président du prochain Congrès, assistaient à la séance, affirmant par leur présence et la part qu'ils prirent aux discussions, l'intérêt que le Corps Médical de la Province manifeste aux problèmes de l'Hygiène Mentale.

La séance de l'après-midi fut présidée par le *D[r] Desloges* lui-même et servit en même temps à l'Inauguration de l'Ecole La Jemmerais, dans les locaux de laquelle elle eut lieu. Destinée à l'éducation des arriérés, l'Ecole La Jemmerais, dont la direction médico-pédagogique a été confiée au D[r] J.-Ch. Miller venait d'ouvrir ses portes. Un excellent déjeuner y fut servi aux Congressistes avant la séance. Des exercices, des chants, permirent d'apprécier les résultats déjà obtenus chez les sujets hospitalisés depuis très peu de temps.

Le docteur A.-H. Desloges présenta lui-même le nouvel Etablissement dont peut s'enorgueillir la Direction de l'Assistance psychiatrique de la Pro-

(1) Le Congrès de Montréal, par René CHARPENTIER (*Annales Médico-psychologiques*, décembre 1926, page 11).

vince de Québec. Il en présenta également le Directeur, le *Dr J.-Ch. Miller*. Bien connu des lecteurs des *Annales*, membre correspondant de la Société médico-psychologique, le Dr J.-Ch. Miller, après un stage de deux ans dans les Etablissements de l'Etat de Massachusetts, fut à Paris l'élève et le collaborateur du Dr Th. Simon à la Colonie d'enfants de Perray-Vaucluse ; il a publié avec lui d'intéressants travaux.

Le Dr Desloges, donna lecture d'une note du *Dr George M. Kline* sur l'organisation générale destinée à dépister la débilité mentale dans les milieux scolaires. Le *Dr J.-Ch. Miller* adressa des souhaits de bienvenue à tous. Après avoir remercié ceux qui contribuèrent à la fondation de l'œuvre et à son organisation, il en exposa le but et les raisons. Comme son collègue français à la séance du matin, le *Dr Th. Simon* fut ensuite invité à faire une conférence. Il choisit comme sujet « Les degrés du développement mental et les courbes de croissance intellectuelle ». Faite avec la compétence, l'élégance, la modestie, la clarté et la précision qui caractérisent les exposés du Dr Th. Simon, cette conférence, de même que les autres faites par lui, tant à Québec qu'à Montréal, remporta le plus vif succès auprès d'une assistance heureuse de témoigner son admiration et sa sympathie à l'auteur de travaux et de tests que l'Amérique utilise couramment et dont elle a pu apprécier ainsi la grande valeur pratique.

On trouvera plus loin les résumés de quelques-unes de ces conférences. Faites pendant ou après le Congrès, elles font partie de son programme et paraîtront d'ailleurs *in extenso* dans le volume des comptes-rendus du Congrès de Québec.

Le but de cette manifestation psychiatrique fut de commencer dans la province de Québec une campagne d'hygiène mentale analogue à la campagne antivénérienne, dans laquelle le Dr A.-H. Desloges a obtenu de si beaux résultats. Dans la province de Québec, comme ailleurs, on estime qu'il y a beaucoup à faire. Mais ici, on agit. On a commencé par recréer, réorganiser la base même de toute campagne d'Hygiène Mentale, c'est-à-dire l'assistance hospitalière. Les Etablissements antérieurs ont été remaniés et modernisés. De nouveaux ont été créés, correspondant à de nouveaux besoins, à de nouvelles spécialisations.

J'ai déjà rappelé la superbe *Clinique Roy-Rousseau,* dont la direction clinique a été confiée au Professeur Brousseau, et qui fut inaugurée il y a 2 ans. L'inauguration cet été, à Québec, de *l'Ecole La Jemmerais,* achève de former avec l'Hôpital Saint-Michel-Archange et la Clinique Roy-Rousseau un groupement neuro-psychiatrique dont on ne saurait trop louer les Révérendes Sœurs de la Charité de Québec qui, avec l'appui de la Province et de l'Université Laval, en ont achevé la construction, en assument l'organisation et y consacrent leur existence aux soins des malades.

Mais là ne s'est pas borné l'effort d'assistance de la Province. A Montréal, les Révérendes Sœurs de la Providence ont construit sur le terrain du bel Hôpital Saint-Jean-de-Dieu un pavillon dont la beauté, le luxe, le confort, l'installation technique font un modèle de maison de santé privée.

Ce nouveau pavillon central, construit en 1926-28 porte le nom de *Sanatorium Bourget,* en mémoire du fondateur de l'Institut, Monseigneur Ignace Bourget. Il a été inauguré le 15 novembre 1928.

C'est un édifice en pierre, comme les anciens pavillons, en forme de H majuscule, à cinq étages, à l'épreuve du feu.

Le rez-de-chaussée du pavillon comprend, outre les services de l'Administration et de l'Aumônerie, la pharmacie générale, les bureaux des dentistes, la grande salle d'hydrothérapie, les parloirs, les bureaux de téléphone, le bureau de poste, etc., etc.

Au premier étage, se trouvent les bureaux du Surintendant médical et de son assistant, les bureaux des médecins de service, ceux des secrétaires et le département des internes. A l'opposé, se trouvent une vaste salle de cours pour les élèves gardes-malades et un service pour le traitement des maladies nerveuses.

Le deuxième et le troisième étages sont consacrés aux malades, hommes et femmes. Tous les nouveaux malades sont reçus dans ce pavillon, pour y être observés et traités.

Au quatrième étage se trouvent les salles de chirurgie générale et spéciale, les services d'oto-rhino-laryngologie, de Rayons X et d'électricité, puis les vastes laboratoires, comprenant une quinzaine de pièces.

La salle d'autopsie est au sous-sol, à proximité des chambres mortuaires. Plus loin sont les vestiaires, où l'on garde les effets des malades, les ateliers de reliure et d'imprimerie, les laboratoires et les caves de la pharmacie, etc., etc.

Dans l'une des ailes, au premier étage, on aménage actuellement un luxueux service de pensionnaires pour le traitement des maladies nerveuses. Les malades pourront se faire traiter par leur médecin ou par les spécialistes de l'Hôpital, à leur choix. Ce service est absolument indépendant des autres

services ; il a son personnel spécial. Une diététicienne, ayant fait un cours spécial de diététique, a la direction de la cuisine. Les solariums en hiver ; en été, les immenses parterres couverts de verdure et de fleurs, rendent la cure d'air et de soleil facile et agréable. Des jeux en plein air, tennis, croquet, sont à la disposition des malades.

Le Sanatorium Bourget, comme l'Hôpital St-Jean-de-Dieu, dont il fait partie, a comme surintendant le *Dr F.-E. Devlin,* et comme assistant surintendant, notre collègue, le *Dr Omer Noël,* agrégé de l'Université, membre correspondant de la Société Médico-psychologique.

Les Cours de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal ont lieu dans la Salle de Cours du Sanatorium Bourget. J'ai eu le plaisir d'y entendre les leçons très intéressantes du Professeur de Bellefeuille pour la psychiatrie, et du Professeur Legrand, pour la neurologie.

A Montréal encore, ou plutôt à Bordeaux, près Montréal, a été organisé, en 1926, un *hôpital pour aliénés criminels.* Construit dans l'enceinte de la Prison, il occupe toute une aile et le rez-de-chaussée d'une autre aile, uniquement consacré aux salles du jour. Dans le premier de ces deux pavillons, les deux galeries supérieures sont divisées en cellules, le premier étage est occupé en partie par un grand dortoir et, en partie, par les bureaux d'administration et salles de clinique ; au rez-de-chaussée, se trouvent l'infirmerie, la salle d'hydrothérapie et les cellules de contrainte.

Cette institution est destinée à hospitaliser les aliénés venant des prisons et pénitenciers de la Pro-

vince et dont l'internement est ordonné par un mandat de Son Honneur le Lieutenant-Gouverneur.

Deux grands facteurs contribuèrent à hâter la création de cette institution : l'encombrement des autres hôpitaux d'aliénés qui, jusqu'alors, recevaient les aliénés criminels ; le nombre toujours plus grand des évasions. La surveillance nécessaire aux aliénés ordinaires est le plus souvent insuffisante pour les malades à tendances criminelles et anti-sociales.

L'ouverture eut lieu le 20 avril 1927, et en moins de 9 jours, l'Hôpital avait reçu plus de 100 malades. Au 3 octobre 1928, 281 admissions avaient eu lieu. Sur ce nombre, 16 internés sont décédés, 12 furent renvoyés à leur pays d'origine et 18 furent mis en liberté.

Aucun accident sérieux n'est arrivé, malgré les instincts dangereux et les tendances à la violence que présentent un grand nombre de ces malades. Ce fait est dû aux sages dispositions prises par le surintendant ainsi qu'au dévouement et à la surveillance active des surveillants et gardiens. Plusieurs d'entre eux viennent de l'hôpital St-Jean-de-Dieu. Connaissant mieux les aliénés, ils ont pu faire bénéficier les autres de leur expérience.

La lourde charge du surintendant de l'hôpital de Bordeaux pour aliénés criminels a été confié au Dr Daniel Plouffe, membre correspondant de la Société Médico-Psychologique qui s'acquitte de cette tâche délicate avec un grand dévouement et non moins de succès.

Le service médical est partagé entre deux médecins : le surintendant et son assistant, le Dr A. Barbeau. La clinique dentaire est confiée au Dr E.

Charron. Le Dr E. Dufresne est chargé de la partie chirurgicale. Un infirmier expérimenté a la direction de l'infirmerie.

L'hôpital possède tous les moyens thérapeutiques les plus modernes : appareils électriques, hydrothérapie, bains continus, grands bains de lumière, rayons ultra-violets, rayons X. Il existe un laboratoire dentaire complet et une jolie salle d'opération. Le Gouvernement de la Province n'a rien épargné pour faire de l'hôpital de Bordeaux un des plus complets, au point de vue scientifique, de tous les hôpitaux du Dominion.

Signalons, pour terminer, le commencement des travaux considérables qui, sur les flancs du Mont-Royal, établissent les bases solides des nouveaux bâtiments de l'Université de Montréal. La Faculté de Médecine, aux destinées de laquelle préside avec tant de succès le Doyen de Lotbinière-Harwood, y trouvera des locaux d'Enseignement, des cliniques et des laboratoires dont l'installation et l'outillage seront dignes de son activité et de son essor.

Je doute que ce compte rendu, à la fois sommaire et touffu, donne à ceux qui le liront une idée suffisante des efforts accomplis au Canada français en matière d'assistance neuro-psychiatrique. Des hôpitaux nouveaux, spécialisés, pourvus des installations diagnostiques et des ressources thérapeutiques les plus modernes sont là pour en témoigner, pourvus d'un personnel médical et administratif adapté à ses fonctions. Les postes créés ont été pourvus. De jeunes médecins formés à Québec par les Professeurs S. Roy et A. Brousseau, à Montréal par le Dr Devlin, les Professeurs Tétreault, de Bellefeuille, Omer Noël et envoyés

par le Gouvernement de la Province étudier en France, en Belgique, aux Etats-Unis, sont venus remplir les cadres nouveaux. Les résultats font grand honneur au Gouvernement de la Province, en particulier à l'Honorable Athanase David, secrétaire provincial, à M. J. Simard, sous-ministre, à l'impulsion aussi et au plan d'ensemble de cet animateur et de cet organisateur qu'est le Dr Desloges. Mais ils sont à rapporter à tous ceux, qui, encouragés par le Gouvernement et par les deux Universités françaises de Québec et de Montréal, furent les bons artisans de l'œuvre commune.

Avec de tels éléments, l'avenir s'annonce prometteur. On peut prédire le succès de la campagne d'hygiène mentale qu'entreprennent auprès du public le Dr Desloges et ses dévoués collaborateurs. Placée en un carrefour de la culture française, de la culture anglo-saxonne et de l'organisation américaine, la psychiatrie canadienne française peut être un de ces lieux privilégiés où les idées s'affrontent et se pénètrent. Mûrie par les épreuves, dont elle triompha, la culture française y saura remplir son rôle avec mesure, avec logique, avec clarté.

René Charpentier.

LES VOIES D'ENTRÉE DANS LA DÉMENCE PRÉCOCE

Par M. G. HEUYER, Mlle BADONNEL et M. BOUYSSOU

(*suite*) (1)

Groupe II

L'entrée dans la démence précoce peut se faire d'une façon brutale, d'emblée chez un individu jusqu'alors en bonne santé, à la suite d'un épisode toxi-infectieux, fébrile, confusionnel, souvent onirique et qui dure quelques jours.

Les phénomènes d'allure aiguë disparaissent, mais laissent après eux, un état hébéphrénique avec ses signes habituels.

Observation 4 : M... R..., 14 ans 1/2, vient à la consultation le 9 février 1927.

Le père, bien portant, exerce le métier de tourneur, il est très sobre. Son père est mort alcoolique. Sa mère est morte des suites d'une péritonie, probablement bacillaire. Il a 4 frères et sœurs bien portants

La mère est bien portante. Son père, alcoolique, est mort à 45 ans, d'une maladie de la moelle, sur laquelle nous n'avons pu obtenir d'autres renseignements. Sa mère est morte à 43 ans, de tuberculose. Elle était aussi alcoolique.

Le sujet est né à terme. Pesait à la naissance 4 kg. 500,

Accouchement normal,

Marche à 20 mois,

Parole vers 4 ans,

Propreté de bonne heure,

N'a jamais eu de convulsions. Croup à 4 ans.

A dix ans, il pesait 56 kg. Cette obésité est traitée par endocrino-thérapie. Il présentait à cet âge un retard du développemet des organes génitaux et une ectopie testiculaire traitée chirurgicalement en 1926.

Scolarité : A été en classe depuis l'âge de 7 ans jusqu'à 13 ans. Il y travaillait mal, montrant seulement quelques dispositions pour la musique et le dessin.

(1) Voir *Annales*, janvier 1929.

L'année dernière au mois de juillet, a présenté très brusquement de l'agitation anxieuse. Il croyait qu'il allait mourir et manifestait le désir de se donner un coup de couteau. Il prenait son pouls pour voir s'il battait encore et voulait se sauver de chez lui pour aller consulter un médecin. Il croyait voir des voleurs s'introduire dans sa chambre et se levait pour échapper à leurs menaces de mort. Fièvre élevée (40°). Onirisme.

L'agitation a durée 2 ou 3 jours. Celle-ci calmée, le délire a persisté. Le sujet tenait des propos incohérents, prétendant qu'une voisine était damnée.

Au cours de cet épisode fébrile, la température s'est maintenue entre 39 et 40°. Elle s'accompagnait de céphalée, de vomissements dans lesquels le malade croyait « rendre la cervelle ». Après que ces signes se furent amendés, apparurent des troubles de l'humeur et du caractère. Dès ce moment le sujet devient bizarre, indifférent, ne s'intéresse plus à rien. Alors qu'il était auparavant doux et affectueux envers ses parents, il leur manifeste des sentiments haineux, va même jusqu'à les menacer du revolver. Devient grossier, brutal, frappe sa mère, lui souhaite de mourir du cancer.

Pendant qu'on lit son observation, il rit sans conviction. On surprend des sourires immotivés. Son attitude est nettement discordante.

L'examen somatique montre : Puberté acquise. Voute palatine ogivale. Pupilles réagissant bien. — Adipose (A maigri de 10 kilos en 40 jours à la suite du traitement endocrinien). Acrocyanose. Otorrhée purulente due à une otite ancienne. — Gastro-entérite récente.

La fiche médicale constituée à ce moment porte la note suivante : Démence précoce. — Début en juillet par un état fébrile confusionnel et onirique.

Dans cette observation, il convient de faire entrer en ligne de compte les antécédents pathologiques du sujet : alcoolisme, tuberculose des parents et des grands-parents, troubles endocriniens se traduisant par de l'obésité et du retard du développement des organes génitaux ; l'arriération intellectuelle et les stigmates physiques de dégénérescence pouvaient être considérés comme prédisposant à la psychose, mais le processus s'est développé après un état confusionnel banal, et la discordance a fait suite à l'onirisme.

Dans une leçon parue en 1925, dans le *Concours Médical*, M. le Prof. Claude rapporta une observation

analogue : Apparition de l'état hébéphrénique après des phénomènes aigus confusionnels.

Peut-on penser que l'épisode aigu a déterminé le processus sur un terrain prédisposé ?

Pour Régis, la démence précoce n'était qu'une confusion mentale chronique, mais Chaslin refuse l'assimilation de la démence précoce à la confusion mentale. Si le terme de confusion mentale présente une valeur descriptive quand il s'agit de confusion aiguë, il n'est pas justifié quand il s'agit d'un malade entré d'emblée dans l'hébéphrénie et qui ne présente ensuite à aucun moment les signes de la série confusionnelle, mais au contraire, les signes de la série discordante.

M. le Prof. Claude insiste justement sur un signe important pour le diagnostic différentiel de la démence précoce et la confusion mentale : il est rare de trouver dans la confusion mentale une indifférence affective aussi grande que celle qu'on rencontre dans la démence précoce. De plus, Chaslin a montré que la stupeur qui est la manifestation directe de la confusion, n'est dans la démence précoce qu'un symptôme accessoire et purement moteur.

Pour Deny, les épisodes confusionnels au cours de la démence précoce ne sont que des épi-phénomènes.

En la circonstance, le terme de confusion mentale explique seulement la période aiguë, fébrile de la maladie, plus tard, l'état confusionnel disparaît et les malades devenus déments précoces ne se distinguent plus de ceux dont la psychose a débuté d'une autre manière.

Il ne s'agit donc pas de ce que Régis appelait une confusion mentale chronique, mais de l'entrée dans la démence précoce par un début confusionnel et onirique qui témoigne en faveur de l'origine organique de la démence précoce.

Groupe III

L'entrée dans la démence précoce se fait par des troubles du caractère à forme de perversions et d'incapacité de se plier à la vie familiale ou sociale.

Cette voie d'entrée est importante à connaître en raison des difficultés médico-légales qu'elle peut soulever.

La psychose peut déterminer à son début des troubles moraux de même aspect que ceux des perversions instinctives.

OBSERVATION 5 : B... L..., âgé de 17 ans 1/2, a été envoyé le 28 juin 1926 au Patronage de l'Enfance à la suite d'un jugement du Tribunal de la Seine en date du 22 juin de la même année.

Père mort du mal de Pott à 40 ans. N'était pas alcoolique, mais s'est toujours montré très coléreux. Avait une bonne instruction, parlait plusieurs langues.

Son père, avocat est mort à 76 ans, après avoir joui d'une bonne santé.

Sa mère, exaltée, très versée dans les pratiques de la religion (aurait abandonné un grosse part de sa fortune aux œuvres religieuses).

Elle a deux frères (capitaine et ingénieur) bien portants.

Mère : infirmière, âgée de 53 ans, est en bonne santé. Ses parents sont morts, pas d'anomalies psychiques dans la famille.

Sujet : L'enfant est né quand le père était en évolution de tuberculose et la mère, craignant la contagion, aurait fait des tentatives d'avortement au cours de la grossesse. A 7 mois, elle a une hémorragie. L'enfant, né à 8 mois, pesait 3 kg. 750. Il a été nourri au sein jusqu'à 6 mois.

Première dent à 13 mois.

Marche à 18 mois.

Parole à 8 mois. Phrases à l'âge normal.

Propreté de bonne heure.

A été mis en nourrice à 8 mois, où il est resté jusqu'à l'âge de 7 ans. A ce moment il présentait de l'agitation nocturne.

Maladies : Rougeole, coqueluche, végétations adénoïdes opérées. N'a jamais eu de convulsions. Entre 11 et 13 ans, crises de somnanbulisme, au cours desquelles il se lavait, s'habillait, serait même sorti si son père ne l'avait retenu. A toujours parlé en dormant.

Scolarité : de 8 à 14 ans. Il passe avec succès son certificat d'études à 14 ans. S'est montré, surtout au début, bon élève. Actuellement il lit couramment mais de façon monotone et saccadée. La compréhension des choses lues est bonne. L'écriture, minuscule, et également satisfaisante. Pas de

fautes d'orthographe. Calcul lent. Sait sa table de multiplication.

Age mental 14 ans.

Après sa sortie de l'école, a fait les places suivantes :

1° Aide-comptable où il reste 1 an. Quitte ce travail qui ne lui plait pas.

2° Commis aux écritures dans une perception. S'en va parce qu'on refuse d'augmenter ses appointements.

3° Facturier dans une maison de cuirs et peaux. Y reste un an. Est remercié à la suite de détournements. Il encaissait l'argent et le gardait pour lui. Pour ne pas éveiller les soupçons, il grattait dans les livres les sommes correspondantes. Il n'a d'ailleurs pas été découvert et seules, de fortes présomptions ont été retenues contre lui.

4° Employé de bureau chez un liquoriste. Est parti après 4 mois parce qu'il ne s'y plaisait pas.

5° Employé dans une compagnie d'assurances. Il quitte cet emploi pour la même raison.

Caractère : D'après les renseignements qu'il donne sur lui-même : « Il ne s'emporte jamais, n'est pas coléreux, ne ment que pour se défendre. Aime la lecture (Balzac, *Scènes de la vie parisienne* ; Victor Hugo, *N.-D. de Paris*). Avait l'humeur gaie avant son arrestation. »

Par contre, la mère fournit les renseignements suivants : Colères terribles, se roule à terre, casse des vitres soulève des meubles, les renverse, saute par les fenêtres. S'emporte pour des motifs futiles. Depuis un an, on ne peut lui faire la moindre observation. Toujours renfermé, sombre, sournois. Ne s'est pas fait un seul camarade à l'école. Reste à l'écart durant les récréations.

Il n'aime pas sa mère, mais s'est montré très affectueux envers son père qu'il a soigné avec beaucoup de dévouement. Il a même obtenu en récompense une médaille d'honneur (prix Monthyon). Il a rarement embrassé sa mère et a préféré ne pas la voir durant son séjour en prison. Il prétend qu'elle ne peut le comprendre, qu'elle est vieille. Lui a des idées nouvelles. Parfois cependant il se livre à de brusques élans de tendresse. Est très désobéissant. Il lit beaucoup, s'enthousiame pour Nietzche dont il a lu des extraits, Dostoïewsky, Paul Adam. Très travailleur, mais intéressé. Avant août 1925, n'avait jamais volé. Mais à ce moment, un patron avertit sa mère qu'il ne rendait pas la monnaie. Gardait 5 fr., 2 fr., 10 fr., en prétextant qu'il se trompait. Un jour qu'il travaillait au jardin avec une « ardeur maladive » sa mère lui conseille de se reposer. Il entre alors dans une violente colère, et « les yeux hors de la tête » lui

porte un coup de bèche. Le lendemain, il a honte de son acte.

Pour expliquer la provenance de son argent, il dit à sa mère qu'il travaille dans un cinéma. Thésaurisait avec l'argent volé. Ne s'amusait pas, ne recherchait pas la compagnie des femmes, pour lesquelles il n'a cependant aucune aversion. Explique sommairement les mobiles de ses actes délictueux : il se croyait en droit de voler, puisque ne possédant rien, à la campagne se montre plus calme.

Vols : Outre les vols commis chez ses patrons, dans l'espace de quelques jours.

1° Il vole des outils et des phares d'auto.

2° S'empare d'un violon et d'un coffre à bijoux, après s'être introduit dans un hôtel meublé.

3° Cambriole un chantier, à Montrouge, à 1 heure du matin. Après avoir sauté par dessus la muraille, enfonce la porte d'un bâtiment dans ledit chantier, vole 560 francs, des livres de poésie et de philosophie, laisse le linge parce qu'il est marqué et place son butin dans une valise préparée à l'avance. Rentre tranquillement à la maison, sa mère ne se doutant de rien, car elle travaille la nuit. A gardé chez lui les objets volés, qu'il n'a pas eu le temps de vendre.

Est arrêté le 5 janvier, en raison des soupçons qui pèsent sur lui. Passe par le Dépôt, la Petite Roquette (5 mois 1/2). Est ensuite envoyé au Patronage, conformément à une expertise dont voici le texte:

« Il est permis de penser que B..., ne soit pas atteint d'aliénation mentale, qu'il ne puisse être considéré comme ayant accompli les actes qui lui sont reprochés sous l'influence d'un état de démence. Son comportement dans la vie, ses réactions en toutes sortes de circonstances, son hérédité et son état physique permettant de penser qu'il existe chez lui des anomalies psychiques et biologiques de nature à lui attirer une certaine indulgence. C'est pour ces raisons qu'il nous apparaît qu'une œuvre de redressement moral pourrait peut-être modifier les tendances perverses et antisociales de ce garçon, chez qui le régime pénitentiaire exaltera au contraire l'esprit de révolte. »

Conclusion :

B... L... n'était pas en état de démence quand il a accompli les vols qui lui sont reprochés. Il doit en rendre compte à la justice. B... est un déséquilibré instable, pervers, amoral, dont les tendances antisociales, qui se sont affirmées

depuis assez longtemps, peuvent être sous la dépendance de conditions biologiques héréditaires. A cet égard, il mérite quelque indulgence. Il serait désirable qu'on tente, en le confiant à une œuvre de redressement moral, d'amender ses mauvaises tendances.

Interrogé au Patronage, il dit avoir volé parce qu'il ne gagnait pas assez en travaillant, qu'il avait besoin d'argent et qu'au surplus les préjugés ne l'embarrassaient pas. Mais il veut travailler à nouveau et promet de ne plus voler.

Examen physique : Scoliose. — Epaule gauche plus élevée que la droite. Assez bonne denture. Voûte palatine ogivale. Pupilles légèrement irrégulières et festonnées.

Avis du Dr Heuyer : « Pas de débilité intellectuelle, mais discordance entre l'intelligence sensiblement normale et les troubles de la conduite, l'indifférence affective, l'attitude bizarre, les gestes brusques et impulsifs. Enfant normal jusqu'à l'an dernier, où il a commencé à voler ; gravité progressive des vols prémédités et bien coordonnés, mais quasi sans utilisation. Mélange de dissimulation et de cynisme. Est taciturne, renfermé, peu sociable. Dispositions paranoïaques (orgueil, méfiance, interprétations fausses). Tendances pédérastiques.

Révolté précoce. Lourde hérédité pathologique. Grandes réserves à faire sur l'avenir mental. *Possibilité d'un début de démence précoce.*

Mesures à prendre : toute condamnation aggravera la réaction du sujet. Tenter sous surveillance très stricte, un placement à la campagne (prévenir le patron). En cas de récidive, placement dans un asile. »

Il est alors placé, par les soins du Patronage, chez un épicier. 5 mois après, son patron le ramène à la suite d'un vol de bougies et de boîtes de sardines. On trouve dans sa valise un attirail de cambrioleur.

La mère donne les renseignements suivants : après s'être bien comporté pendant 3 mois, il a de nouveau présenté des troubles du caractère. De plus, il semble se voûter et maigrir. Son regard est fuyant. Il se plaint de maux de tête. Enfin, un jour, il frappe un surveillant parce qu'on l'a obligé à se faire couper les cheveux.

L'un de nous délivre un certificat d'internement en conclusion duquel il signale le début d'un processus hébéphrénique.

Le dernier certificat d'asile, en date du mois de mai 1927, confirme le certificat d'internement, en même temps qu'il signale de nouveaux symptômes d'aggravation évolutive.

Observation 6 : S... Pierre, 15 ans 1/2, est examiné le 1er juin 1927. Une sœur du père est morte à l'asile de Villejuif, après un internement de 3 mois. La mère est bien portante. Elle a eu quatre grossesses : deux fausses couches de 2 mois, une fille qui a 23 ans, et le sujet.

Le premier développement de celui-ci a été normal.

A 12 ans, il a eu son certificat d'études avec la mention « Bien ». Il est resté ensuite un an dans une école industrielle où il fut très bien noté. La deuxième année, il ne voulut pas y retourner. Depuis, ses parents remarquèrent un changement de caractère qui est survenu insidieusement, sans cause apparente. Peu affectueux en général, il est devenu complètement indifférent, ne disant même plus bonjour à sa mère le matin. Il est très irritable, opposant, il tend à faire le contraire de ce qu'on lui dit, alors qu'auparavant, au contraire, il était docile et obéissant. Il se révolte à la moindre observation et répond à ses parents par des injures grossières. Il a des impulsions violentes, casse les objets, frappe les personnes de son entourage. Un jour, il a pris son père à la gorge.

Depuis le début de ses troubles, il n'a pu avoir aucune activité coordonnée. En janvier 1927, il est resté chez ses parents. En février 1927, il a essayé de se placer chez un pépiniériste, mais il n'y a fourni aucun travail. En mars, il est revenu chez ses parents. Ensuite, il a passé un mois à l'école de chimie de Besançon, puis il est rentré à Paris, où il a été placé successivement chez un charcutier et chez un mécanicien. Il n'y est resté chaque fois que quelques jours. Au moment où il est amené à la consultation, il ne fait plus rien et passe de longs moments étendu sur son lit. Il a une mimique discordante et des sourires immotivés.

Observation 7 : B... Robert, 18 ans 1/2, est examiné le 7 octobre 1927.

On ne trouve dans ses antécédents que deux faits à relever: une sœur de la mère est morte à 7 ou 8 ans ; elle avait une malformation du palais et ne parlait pas. Une sœur du sujet, âgée de 19 ans, est atteinte de tuberculose pulmonaire.

Dans son premier développement, on note un léger retard : il a marché à 18 mois et a été propre à 4 ans seulement.

Sa scolarité a été normale. Il a passé à 14 ans le certificat d'études et a continué à suivre des cours jusqu'à 17 ans.

C'est à cet âge que commencent à apparaître les troubles mentaux. Après avoir passé 6 ou 7 mois à la Société Générale, il entre à deux reprises au Crédit Lyonnais, puis au service d'un agent de change. Chaque fois, il n'occupe sa

place que peu de temps. Il finit par accepter un emploi de manutentionnaire. Il ne rapporte plus d'argent à sa mère comme il le faisait auparavant. Il lui en dérobe, estimant que l'argent de sa mère lui appartient. Il a fait deux fugues de 3 jours. Au cours de l'une d'elles, il prétend avoir dépensé 1.500 francs en une nuit, « avec des femmes, bien entendu ! elles en ont profité et nous aussi » dit-il.

Il présente une excitation de type hypomaniaque. Il plaisante continuellement, invente des histoires, raconte qu'il va devenir « auteur de cinéma », qu'il a travaillé dans un studio (ce studio n'existe pas). Il change tous les jours de projets, il veut faire de la médecine, du droit, devenir officier de marine, etc... Il veut arriver, être grand. Il manifeste un certain érotisme, montre à sa mère des photographies de femmes, en parle tout le temps. Il porte, sans en avoir le droit, des décorations en déclarant « qu'il lui semble qu'il est libre de faire ce qu'il veut ». Il s'intéresse au spiritisme. Il dit à sa mère qu'il peut « la retourner par la force de sa pensée ». Tout cela se produit sous l'influence de « l'irradiante ».

A l'auscultation des poumons, on trouve quelques râles. On note en outre l'existence de ganglions. Le sujet a eu autrefois une pleurésie.

Observation 8 : R. Marcel, 17 ans, est examiné le 26 avril 1927.

Sa mère n'a pas eu d'autre enfant. On note chez elle l'existence d'un goitre. Elle est assez émotive. Sa mère est morte de tuberculose pulmonaire.

Aucun antécédent à signaler dans la lignée paternelle.

Le sujet est né à 8 mois. L'accouchement a été normal. Le premier développement s'est fait avec un certain retard : marche à 2 ans 1/2, parole à 3 ans, propreté à 3 ans.

A 2 ans 1/2, il a eu le croup. Cette affection s'est compliquée d'une broncho-pneumonie et d'une otite bilatérale.

Le développement intellectuel a été normal. R... a passé son certificat d'études à 14 ans et a suivi pendant quelque temps la classe du brevet, il travaillait bien.

Les troubles mentaux ont commencé brusquement à 16 ans. Un jour, étant en classe, il a été pris sans motif d'une sorte de peur. Il s'est mis à pleurer et a voulu partir. Depuis les parents ont remarqué le changement progressif de son caractère. Il est devenu menteur, il nie même quand il est pris sur le fait. Il raconte qu'il a 60.000 fr. placés. Il vole chez ses parents. Mais les objets qu'il dérobe sont souvent sans utilité pour lui. Il prend tout ce qu'il trouve et le cache. Il est devenu instable. Sa famille a essayé de le placer :

nulle part il n'est resté plus de trois jours. A plusieurs reprises, il a commis des fugues à caractère impulsif. Un jour en allant à l'école, il a donné sa serviette à un chef de station de métro et a disparu ensuite pendant trois jours. Il a été retrouvé sur les berges de la Seine. Il présente une indifférence complète entrecoupée de gestes impulsifs et de menaces.

On ne trouve rien de spécial à l'examen physique.

MM. Claude et Gilbert Robin ont publié dans le *Concours Médical,* une observation comparable aux nôtres, dans laquelle les troubles du caractère se manifestent surtout par des crises de violence haineuse et des menaces à l'égard de sa mère. Cette malade a été internée en 1928 avec le diagnostic de perversions instinctives ; ultérieurement apparut un syndrome d'influence avec idées délirantes polymorphes et peu à peu se constitua une incontestable hébéphrénie.

Les troubles du caractère se manifestent quelquefois exclusivement à l'égard des membres de la famille. Le sujet prend alors l'aspect d'un « *bourreau domestique* » selon le type clinique que l'un de nous a décrit antérieurement.

L'entrée dans la démence précoce par des perversions instinctives et morales, avec tendances aux fugues, au vagabondage, au vol, à la prostitution, aux violences contre les personnes, entraîne des réactions médico-légales qui peuvent rendre l'expertise nécessaire.

Le diagnostic positif peut se faire d'abord par le mode d'évolution du syndrome ; en général, la première partie de la vie de l'enfant était normale au point de vue intellectuel et moral. L'enfant s'est bien comporté dans la famille et à l'école, les troubles du caractère sont apparus tardivement et quelquefois il est possible même de fixer la date d'apparition. De plus, les troubles du caractère sont accompagnés du syndrome de discordance intellectuelle, affective et pragmatique. Dans le 1er cas que nous avons rapporté, l'enfant avait été normal et avait même obtenu un prix Monthyon pour les soins donnés à son père. C'est depuis un an qu'il s'est mis à voler. Les vols pouvaient être prémé-

dités, bien coordonnés, adroitement exécutés et de plus en plus graves, mais ils étaient *sans utilisation*. De plus, le jeune homme montre successivement et sans raison de la dissimulation et du cynisme ; son indifférence affective était totale puisqu'il faillit un jour tuer sa mère ; ses gestes brusques, son hostilité bizarre étaient encore des preuves de discordance.

Le diagnostic différentiel doit être fait avec les perversions instinctives, et les perversions post-encéphalitiques.

Les perversions instinctives se manifestent très précocement par des troubles du caractère ; c'est dès les premières années que l'enfant commence à voler, et plus tard, s'il est intelligent, le pervers est capable de préméditer d'une façon bien coordonnée ses méfaits, mais il se montre apte à la plus parfaite dissimulation, à l'utilisation intelligente de ses vols ; s'il est débile, il montre dans la conception et la réalisation de ses méfaits, une impulsivité et une niaiserie caractéristiques.

Le diagnostic avec les perversions post-encéphalitiques est quelquefois plus délicat encore, d'autant plus que MM. Laignel-Lavastine et Logre ont montré que la démence précoce peut survenir après une encéphalite léthargique. Les antécédents de somnolence, de diplopie sont très importants à préciser. De plus, dans les troubles du caractère et les perversions post-encéphalitiques, il y a très souvent de l'excitation, de l'impulsivité, de l'insomnie, de la turbulence nocturne qui attirent vite l'attention sur la nature pathologique des réactions.

Le diagnostic ultérieur se vérifie facilement. Nous avons insisté déjà à la Société de Médecine Légale sur la difficulté du diagnostic des perversions qui marquent le début de la démence précoce. C'est beaucoup moins par les perversions elles-mêmes que par le reste des symptômes que le diagnostic sera fait, et notamment par la discordance dans les moyens et les buts.

(à suivre).

LE TRAITEMENT DES NEUROPSYCHOPATHIES SYPHILITIQUES PAR LES CHOCS ASSOCIÉS

Par MM. les docteurs J.-C. MILLER,
M. SAMSON et C.-A. PAINCHAUD (de Québec)

Rosenblum, en 1875, semble avoir été le premier à provoquer délibérément des accès fébriles au cours de psychoses. Depuis, plusieurs auteurs ont provoqué des chocs de toute nature, depuis les simples chocs émotionnels jusqu'aux grands chocs physiques ; toutes ces méthodes ont fait l'objet de publications plus ou moins intéressantes quant aux résultats obtenus.

En ce qui regarde les psychopathies syphilitiques, la malariathérapie et l'emploi de vaccins retiendront surtout notre attention, parce que ce sont les plus employés.

La malariathérapie a donné des rémissions plus ou moins complètes ; ces rémissions varient suivant les auteurs de 15 0/0 à 60 0/0. — Récemment, Gertman, sur un total de 2.336 cas, a trouvé une moyenne de 54 0/0 d'améliorations.

Les vaccins se sont montrés aussi actifs : Sicard, avec de l'antichancrelleux, a obtenu des améliorations remarquables chez trois sujets ; Hall, à l'aide d'antityphique, rapporte 21 rémissions complètes sur 49 cas traités, avec des améliorations plus ou moins marquées chez ses autres malades.

A égale efficacité, nous avons choisi le vaccin antityphique ; le bacille d'Eberth existe un peu partout à l'état endémique ; on peut en faire un bon vaccin, à peu de frais. Notre collègue et ami, le professeur André Paulin, a préparé le nôtre au laboratoire même de l'Hôpital. La conservation des souches malariques est

encore un problème, surtout dans un pays où le nombre des malades à inoculer est plutôt restreint. On pourrait quelquefois être contraint de malariser des malades qu'on avait d'abord jugés inaptes à supporter ce traitement, et ce, au prix de conséquences souvent désastreuses. Au lieu de faire pénétrer dans la circulation, l'hématozoaire, agent vivant et souvent incontrôlable biologiquement, nous employons au contraire un microorganisme mort ; ainsi, nous restons maîtres de l'heure d'apparition du choc et de son intensité. On peut encore les suspendre à volonté, s'il survient une contre-indication quelconque, quitte à continuer, dès que celle-ci a disparu.

La mortalité, au cours de la malariathérapie, est très élevée ; elle a atteint suivant certains auteurs, jusqu'à 33 0/0 des malades traités. Avec notre méthode, nous restons encore à l'abri de cette action profondément anémiante du paludisme, et sur laquelle nos amis, les docteurs Richard et Bertrand de Montréal, ont récemment insisté.

Il y a certainement intérêt à obtenir une température assez élevée et assez continue ; Kirby prétend qu'en malariathérapie, on doit obtenir une température d'au moins 105° Far. (C. 40,5), pendant une période totale d'au moins douze heures. De leur côté, Weishbrodt et Jahnel ont démontré que le spirochète ne vit pas une heure à une température de 107 à 110° Far. (C. 42 à 44). Mais ce n'est certainement pas là le seul élément de succès ; c'est pourquoi nous avons associé chez nos malades, le vaccin avec l'hémothérapie, d'une part, et avec les sels colloïdaux d'autre part.

Nous croyons qu'il y a intérêt à garder le sujet sous l'action du traitement d'une façon continue et plus ou moins accentuée : c'est pourquoi nous appliquions les vaccins et l'hémothérapie tous les deux jours, pour donner le jour intercalaire, les sels colloïdaux, qui provoquaient un choc de tout autre nature, tout en n'étant pas trop pénible pour le malade. Nous avons pu ainsi provoquer en un mois et sans modifier sensiblement l'état général de nos malades, une quinzaine de

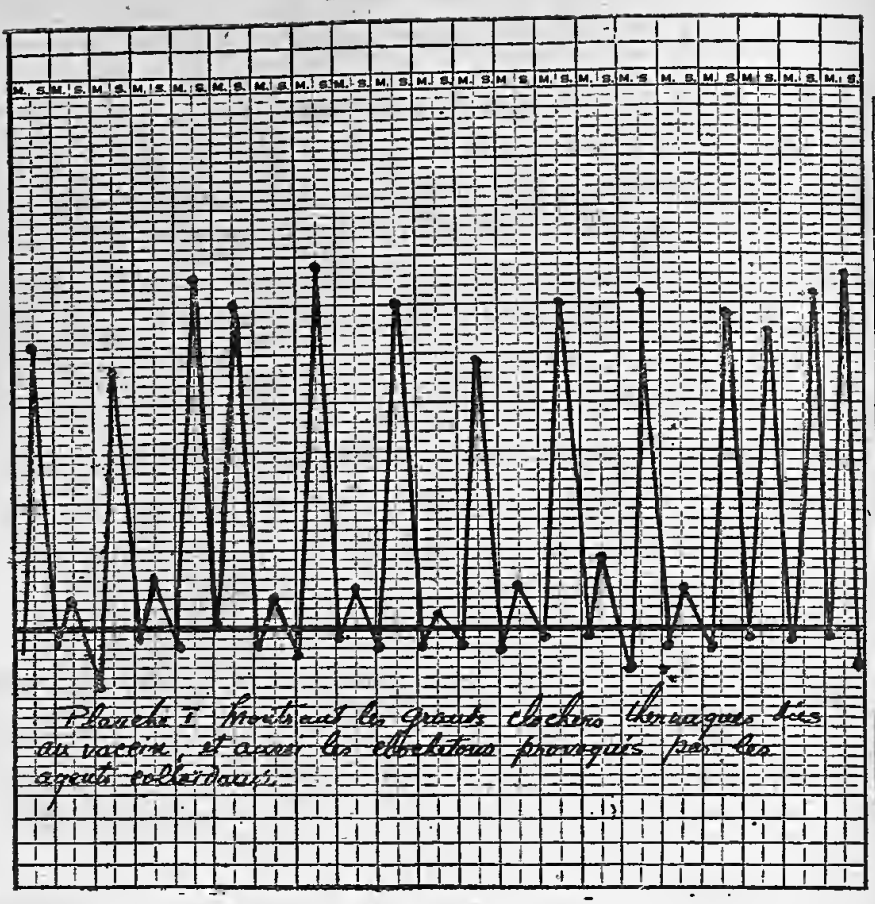


Planche I. Montrant la grande élévation thermique liée au vaccin, et aussi les effondrements provoqués par les agents collatéraux.

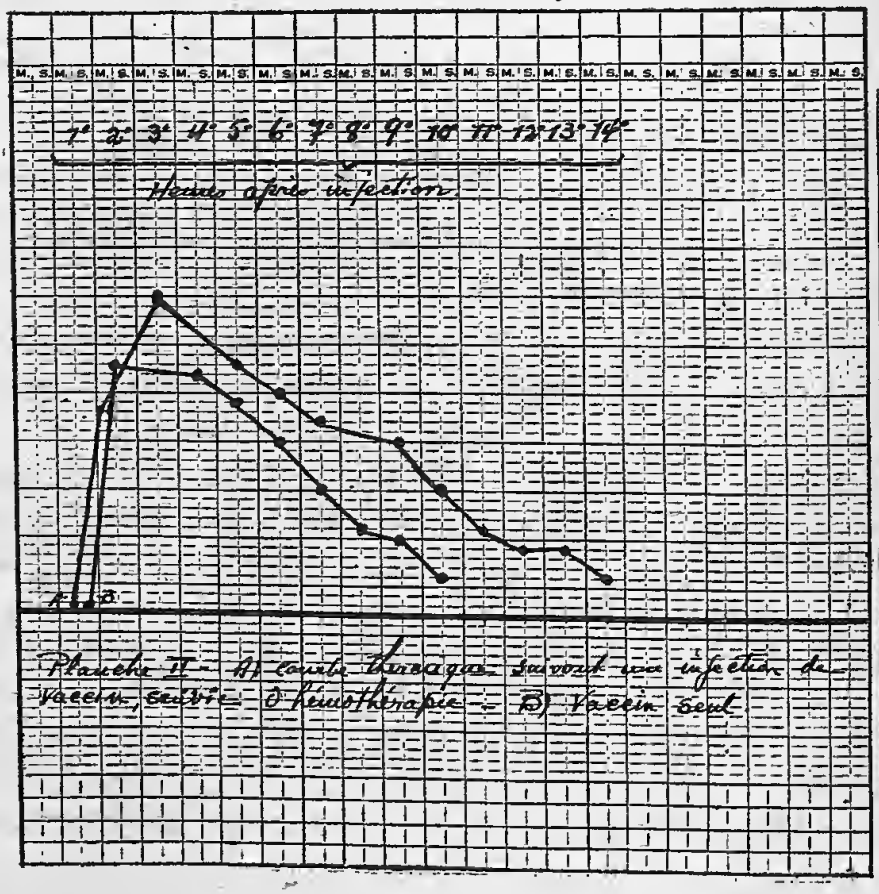


Planche II. A) Courbe thermique suivant une injection de vaccin, seule. B) Hémothérapie. C) Vaccin seul.

chocs vaccinaux (thermiques) et une quinzaine de chocs colloïdaux (colloïdo-clasiques).

Technique

1er jour : A) *Injection du vaccin.* — Les doses à donner varient suivant la sorte de vaccin employée : c'est ainsi qu'avec un stock vaccin de Bacilles typhiques et Paratyphiques A et B, les auteurs américains ont obtenu de fortes ascensions thermiques sans jamais dépasser la dose de 2.300 millions de Bacilles. Notre vaccin était fait en partant d'une seule souche de bacilles typhiques particulièrement bénigne, puisque nous avons atteint les doses considérables de quinze milliards et plus. Il faut encore tenir compte de la susceptibilité individuelle. Dans tous les cas, il faut débuter prudemment, en ne dépassant point une dose de cinquante millions. On emploie des doses croissantes en se guidant sur la réaction déclanchée par l'injection précédente. Chez nos malades, nous avons doublé et même triplé les premières doses, puis l'augmentation proportionnelle a progressivement baissé, pour atteindre au vingtième accès environ le cinquième de la dose précédente.

Les premières injections sont suivies de chocs après une heure et demie à deux heures ; mais chez tous nos malades, avec l'accoutumance de l'organisme et les doses progressives, le début du choc s'établit plus précocement, dans la demi-heure qui suit l'injection. Les manifestations cliniques du choc ont duré de dix minutes à trois heures, ce qui donne une moyenne de trente-cinq à quarante minutes. En général, les plus courts ont été les plus intenses. Un de nos malades a fait deux frissons ; le premier, une heure après l'injection et le second trois heures plus tard.

L'hyperthermie ainsi obtenue a été très satisfaisante. Les premiers accès provoqués avec prudence ont fourni des températures généralement supérieures à 103° Farenheit (C. 39,5) ; mais dès le septième ou huitième accès, les sommets thermiques ont régulièrement atteint

104° (C. 40) pour souvent dépasser 105° (C. 40,5). (Planche 1).

B) *Hémothérapie.* — Les deux sujets paraissant les plus indemnes d'autres maladies ont servi de donneurs aux autres. Nous voulions intensifier le choc. Il suffisait de prendre au donneur pendant son choc quelques centimètres cubes de sang pour l'injecter immédiatement dans la veine du receveur. Cet « *adjuvant* » n'a pas agi constamment sur le degré de température à obtenir ; mais régulièrement la durée de l'accès fébrile a été nettement prolongée.

La durée totale de l'accès fébrile était de dix heures chez les malades injectés avec le vaccin seul, tandis que ceux qui avaient reçu du vaccin associé à l'hémothérapie mettaient quatorze heures à revenir à la normale. (Planche 2).

2e jour : *Choc colloïdo-clasique.* — Nous avons indifféremment employé divers métaux colloïdaux (Rhodium, argent). Il est à remarquer que nous n'attendions pas de ces substances une action antithermique ou antiseptique, mais uniquement des effets colloïdo-clasiques manifestés par une leucocytose importante. Comme on peut le voir, elles ont aussi provoqué des petites élévations thermiques qu'on reconnaît facilement entre les grands clochers dûs au vaccin. (Planche 1).

⁂

Le contrôle hématologique, dû à l'amabilité du professeur Louis Berger, correspond très bien à l'observation clinique ; les malades ayant reçu du vaccin associé à l'hémothérapie présentent une leucocytose beaucoup plus durable ; ainsi vingt et une heures après l'injection de vaccin seul, la leucocytose était de 28.000, tandis que chez l'autre, qui avait en plus reçu du sang, on comptait au même moment 34.000 globules blancs. Le nombre des hématies est remarquablement stable, même après un grand nombre de chocs, les valeurs continuent à osciller autour de 5.000.000 par mm³.

⁂

Bien que cette méthode ne présente pas les grands dangers qu'offre la malariathérapie, il ne faudrait pas croire qu'elle n'exige pas une surveillance médicale étroite. Toutefois, nous pouvons affirmer que beaucoup de malades incapables de supporter le paludisme, bénéficieraient avantageusement de ce mode de traitement.

Il n'est pas du tout dans notre intention de conclure à l'efficacité ou à la supériorité de cette technique, notre travail ne portant que sur quatre cas. Nous pouvons toutefois dire que chez nos quatre sujets, des améliorations intéressantes ont été observées, tant dans le domaine clinique que sérologique. C'est ainsi qu'un malade d'abord gâteux, agité, délirant, insomnique, est maintenant sociable, propre : il mange à table, lit régulièrement les journaux de son pays, et s'intéresse à son entourage. Un autre est moins irritable et présente un comportement plus normal. Un autre pseudo-dément, gâteux, désorienté, amnésique, est maintenant propre, quelque peu orienté et présente des moments de lucidité qu'il n'avait pas connus depuis le début de sa P. G. Le quatrième, hypochondriaque, quelque peu anxieux, insomnique, agité, présentant des troubles physiques marqués (tremblements, dysarthrie marquée, etc...) est maintenant beaucoup plus rassuré, dort bien, parle plus clairement et tremble moins. Il est à remarquer que les deux malades les plus touchés qui avaient reçu l'hémothérapie ont semblé les plus améliorés.

Au point de vue sérologique, nous avons vu l'albumine tomber de 1,20 gr. à 0,80 gr., la glycorachie de 1 gr. à 0,70, les lymphocytes de 40 à 4 par mm³. La réaction de floculation (Vernes) s'est aussi quelque peu améliorée en baissant de 170 à 150. Ces premiers résultats en cours de traitement, sont donc de nature à nous encourager. Nous espérons qu'un traitement anti-spécifique consécutif consolidera les améliorations obtenues jusqu'ici.

Conclusion

Avec le vaccin anti-typhique, préparé au laboratoire de l'Hôpital, nous avons obtenu des températures sensiblement voisines de celles que fournit la malariathérapie. Cette vaccination ne comporte aucune des surprises et complications auxquelles on s'expose, en employant le paludisme.

L'hémothérapie associée a pour effet de prolonger les durées de température et les modifications sanguines.

Les métaux colloïdaux empêchent les milieux humoraux de revenir à l'état normal, entre les accès thermiques. L'inocuité de notre méthode est attestée par l'état clinique général excellent de nos malades et par l'intégrité de la formule sanguine, dans laquelle même après un mois de traitement, tous les éléments présentent des taux parfaitement normaux.

Par rapport au paludisme, notre méthode nous semble présenter le grand avantage d'être plus commode quant à l'obtention et à la conservation de l'agent, et d'avoir des effets biologiques constants et facilement contrôlables par le fait même que nous évitons l'introduction d'un agent vivant. Loin de s'exposer aux effets anémiants constants dans la malariathérapie, nos chocs combinés semblent plutôt stimuler les organes hématopoiétiques.

C'est l'association de ces chocs dont certains doivent être considérés comme stimulants que nous croyons être la cause de nos résultats si encourageants jusqu'à ce jour.

Nos résultats s'accordent parfaitement avec l'expérience générale, à savoir que les améliorations les plus probantes, se sont manifestées dans le domaine sérologique, et semblent correspondre à un arrêt d'évolution du côté clinique. Il est logique d'admettre que les heureux résultats ainsi obtenus, traduisent les effets curatifs de ce mode de thérapeutiques sur les lésions essentiellement inflammatoires ; l'existence antérieure de lésions anatomiques définitives pourrait expliquer la persistance du fond mental plus ou moins démentiel.

Ravaut a depuis longtemps démontré la précocité de réactions inflammatoires du côté du système nerveux. Ce sont ces premières poussées inflammatoires que nous désirions traiter par la pyrothérapie, avec l'espoir d'obtenir des rémissions beaucoup plus complète puisqu'à ce stade, il n'existe pas encore de lésions dégénératives marquées.

BIBLIOGRAPHIE

Artwinski. — Cité par Wisel et Prussak. — Le traitement de la paralysie générale par l'inoculation du paludisme. — *Encéphale,* février 1925.

Bertrand. — La formule sanguine des paralytiques généraux soumis à la malariathérapie. — *L'Union Médicale du Canada,* tome 57, n° 3, mars 1926.

Claude, Targowla et Cénac. — Le traitement de la paralysie générale par le paludisme expérimental. — *Annales de Médecine,* tome 21, n° 3, mars 1927.

Gougerot et Peyre. — Protéinothérapie de la syphilis. — *Le Monde Médical,* n° 724, 1er février 1928.

Kundee, Hall et Girty. — The effect of non-specific protein therapy on the blood and spinal fluid. — *Journal of A. M. A.,* Oct. 15th, 1927.

Pascal et Davesne. — *Traitement des Maladies Mentales par les Chocs,* Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1926.

Ravaut. — Cité par Archambault Gustave, *Cours de dermato-vénéréologie et urologié,* p. 18, Montréal, Octobre 1923.

Richard Rodolphe. — La malariathérapie à St-Jean-de-Dieu. — *L'Union Médicale du Canada,* février 1928.

Sicard, Haguenau et Wallich. — Pyrétothérapie réglée dans la paralysie générale par l'injection intra-veineuse de vaccin anti-chancrelleux. — *La Presse Médicale,* n° 74, septembre 1927.

Weishbrodt et Jahnel. — Cité par Kundee, Hall et Girty.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 28 JANVIER 1929

Présidents : MM. LEROY et JANET

Mme Minkowska, MM. X. Abély, P. Abély, Allamagny, Blondel, Bonhomme, Buvat, Collet, Demay, Lauzier, Rayneau, Targowla, Vignaud, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance du 31 décembre 1928.

La correspondance manuscrite comprend : des lettres de MM. Guiraud, secrétaire, et Mallet, trésorier, qui, souffrants, s'excusent de ne pouvoir assister à la séance;

une lettre de M. René Charpentier qui s'excuse de ne pouvoir venir et prie le secrétaire général d'annoncer aux membres de la Société que la 33e session du Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française, qui se tiendra à Barcelone, aura lieu du 21 au 26 mai 1929 et non à la date primitivement fixée ;

une lettre de M. Burger, de Lorient, qui propose à la Société de lui communiquer des faits d'apparitions à distance, rêves prémonitoires, etc.

Allocution de M. Leroy, *Président sortant*

M. Leroy. — Messieurs et chers collègues. Avant de reprendre ma place au milieu de vous, j'ai le devoir de résumer la vie de notre Société pendant l'année 1928. Nos séances ont été particulièrement suivies et l'importance des communications a été telle que notre secré-

taire général a dû en publier une partie comme articles originaux.

Je me dispenserai de faire la longue énumération de nos travaux. L'ordre du jour est aujourd'hui si chargé qu'il faut économiser un temps précieux. Deux faits méritent cependant de retenir l'attention comme indices des tendances actuelles de la psychiatrie. Le premier concerne les recherches physiologiques ayant pour but d'éclairer le problème encore si obscur de la démence précoce. Si l'école allemande, sous l'influence de Bleuler, a admirablement développé le côté psychologique de cette affection dans une série de travaux auxquels nous rendons hommage, l'école française s'efforce généralement de trouver la base organique de ces troubles mentaux si particuliers. La communication de M. D. Santenoise, *Recherches et considérations physiologiques sur l'excitation psychique et la démence précoce*, a, sous ce rapport, une importance primordiale. Dans le même ordre d'idées, MM. H. Baruk et F. Morel (de Genève), *Contribution à l'étude de la psychologie et de la physiologie pathologique de l'hébéphréno-catatonie*, ont cherché à démontrer expérimentalement que le syndrome moteur-catatonique ne pouvait pas seulement être envisagé sous l'angle d'une localisation étroite et exclusive aux noyaux centraux. Il traduirait également une atteinte du contrôle cortical, en rapport probablement avec un processus pathologique diffus.

La séance de novembre 1928 a été consacrée à l'importante question du traitement de la paralysie générale par la malariathérapie. Les jours semblent venus où cette fatale maladie deviendra curable. Un nombre fort grand de P. G. nous ont été présentés par MM. Claude et Targowla, Fribourg-Blanc, Leroy et Médakovitch. Ce n'étaient plus des loques humaines. Ces hommes parlaient raisonnablement, racontaient leur passé ; beaucoup avaient abandonné, ce jour-là, leur travail pour se rendre à notre convocation. Sans doute, ils n'étaient pas complètement guéris et devaient encore être surveillés et traités, mais ils avaient quitté l'asile, repris leur vie familiale et sociale. Il faut bien savoir que les examens psychiatriques, si importants soient-ils,

ne peuvent pas déterminer l'inventaire des capacités mentales réelles. C'est le comportement dans la vie, la possibilité du travail, en un mot, *la valeur sociale,* qui est le véritable critérium de l'intelligence. A ce point de vue, beaucoup des malades avaient récupéré la plus grande partie de leurs facultés.

La découverte du professeur Wagner Jauregg, lauréat du prix Nobel, est une des plus belles conquêtes thérapeutiques actuelles. La malariathérapie amène souvent des rémissions presque complètes, durables dans un grand nombre de cas, et tout à fait différentes des rémissions spontanées ordinaires passagères. Depuis 10 ans, 2.000 P. G. ont été traités dans la clinique du professeur de Vienne. Au début, ils étaient choisis parmi les moins avancés ; depuis quelques années, tous les malades sont soignés sans exception, quel que soit le degré de l'affection. Les contre-indications sont peu fréquentes. En ne faisant entrer en ligne de compte que les cas suivis entre 5 et 10 ans, soit 400 malades, la statistique des améliorations est la suivante : 128 cas de rémissions complètes, 38 0/0 ; 51 cas de rémissions incomplètes, 12,8 0/0. Le traitement de la paralysie générale est aujourd'hui employé dans le monde entier. L'énorme bibliographie donnée dans la dernière édition du livre du Dr Joseph Gerstmann (Vienne, 1928) nous apparaît comme particulièrement impressionnante.

En France, il faut bien l'avouer, la malariathérapie n'a été jusqu'ici réalisée que dans un petit nombre de services. C'est en 1924 que M. Auguste Marie et M. le professeur Claude — pour ne citer que nos collègues — ont commencé à pratiquer ce traitement qu'ils ont continué depuis. Le compte rendu de nos séances de 1928 aura certainement une grande influence pour la diffusion de la malariathérapie dans la patrie de Bayle. La Société médico-psychologique aura ainsi rendu de nouveaux services au progrès de la science.

Messieurs, ma présidence est terminée. Mes fonctions ont été pour moi aussi faciles qu'agréables et l'année 1928 demeurera toujours gravée dans mon cœur comme l'un des meilleurs souvenirs de ma carrière. Pouvait-il

en être autrement grâce à votre amicale indulgence et au concours dévoué des membres du bureau, principalement à celui de notre secrétaire général, le Dr Henri Colin, gardien de la tradition et toujours sur la brèche quand il s'agit d'être utile.

Ce n'est pas sans une certaine mélancolie que je vois arriver une nouvelle année, en pensant, comme le dit Pascal, que ce n'est pas le temps qui passe mais nous qui passons. Vous m'avez donné la plus grande preuve d'estime que puisse ambitionner un médecin aliéniste. Laissez-moi vous renouveler l'expression de mes remerciements et de mon entière gratitude.

Je cède avec plaisir le fauteuil à M. le professeur Pierre Janet, dont le renom universel donnera un nouveau lustre à notre Compagnie. Il me permettra de lui dire tout l'honneur que j'ai ressenti en siégeant une année à ses côtés et, puisque j'ai encore le droit de parler en votre nom, je lui adresse l'assurance des sentiments de sympathie et de respect que nous éprouvons tous pour sa personne.

Allocution de M. Pierre JANET, *Président*

M. P. JANET. — Mes chers collègues, Je vous remercie de l'honneur que vous voulez bien me faire en m'acceptant comme président de la Société médico-psychologique pendant cette année et je vous promets, si c'est possible, de justifier un peu votre confiance par mon assiduité et par mes efforts pour développer l'intérêt de nos études. Pour vous montrer combien j'attache d'importance à vos suffrages, permettez-moi de vous rappeler un petit détail de notre histoire qui me touche personnellement et qui vous intéresse aussi un peu parce qu'il se rattache à l'histoire de la Société médico-psychologique.

Il y a déjà longtemps, en 1867, notre Société renouvelait aussi son bureau et appelait à la présidence un véritable philosophe, qui n'était pas même un médecin, le professeur de philosophie de la Sorbonne, Paul Janet, déjà membre titulaire depuis 1858. Cette nomination a

eu une certaine importance, puisque, en sa qualité de président de la Société, Paul Janet présida le Congrès aliéniste international qui eut lieu à l'occasion de l'Exposition universelle. Dans son discours d'ouverture (10 août 1867), il exposa ses idées sur la psychologie philosophique et sur la psychologie médicale et sur les services que l'une pourrait rendre à l'autre.

Mon oncle Paul Janet, à qui je dois beaucoup, était un excellent homme très travailleur et très intelligent et il me semble que justice ne lui a pas été rendue complètement. Ce n'était pas seulement le métaphysicien spiritualiste, dernier représentant de l'école éclectique de Cousin, c'était un esprit très large qui s'intéressait aussi à la politique et à toutes les sciences et qui avec un grand libéralisme cherchait à réunir et à faire collaborer toutes les études. Il comprenait très bien l'importance des études médicales et anatomiques pour l'intelligence de la vie morale de l'homme. Il avait prié son ami le Dr Millard de lui apporter et de lui expliquer un cerveau humain et dans tous ses livres, comme dans son traité de philosophie, il cherche à donner une place à des figures d'anatomie ; il a réussi non sans peine à faire créer au Collège de France la chaire de psychologie pour Ribot. C'est lui qui, dès le début de mes études de philosophie, m'avait présenté au professeur Dastre et introduit dans son laboratoire. C'est lui qui, dès l'école normale, m'a fait prendre mes premières inscriptions à l'école de médecine et qui m'a poussé à mélanger sans cesse les études médicales et les études philosophiques. Il a encouragé ma thèse sur *L'automatisme psychologique* et il l'a défendue à la Sorbonne où ce genre d'études n'était pas sans rencontrer des résistances : il a beaucoup contribué à la direction de mes études. En somme, Paul Janet a été un intermédiaire extrêmement actif entre l'ancienne psychologie purement spiritualiste et théorique et la nouvelle psychologie objective et médicale. Ce n'est pas insignifiant d'être un intermédiaire entre deux études. Nous ne sommes tous que des intermédiaires et nous pouvons être heureux si nous avons contribué en quelque chose au changement et au progrès.

C'est justement à cause de ce caractère que Paul Janet fut président de notre Société. Celle-ci avait à cette époque depuis sa formation un caractère aussi bien philosophique que médical. Elle comptait parmi ses membres des psychologues de valeur comme Maury, comme Garnier, l'auteur du *Traité des facultés de l'âme,* et des médecins très psychologues comme Lasègue qui avait commencé par être un philosophe, comme Moreau (de Tours) dont les œuvres m'ont beaucoup séduit autrefois, elle comptait beaucoup sur cette réunion d'esprits différents pour l'intérêt des discussions et le progrès de la psychiatrie.

Il me semble que le succès n'a pas été immédiat et peu de temps après cette date les choses ont changé ; l'intervention des philosophes proprement dits a été fort réduite, l'intérêt de la Société semble s'être porté sur d'autres problèmes plus spécialement professionnels, sur l'organisation des asiles, sur les lois qui règlent la situation du malade et particulièrement sur les problèmes anatomiques. Il y a eu une époque qui n'est pas très loin de nous où l'on croyait donner une explication excellente des troubles mentaux en traduisant les faits psychologiques plus ou moins mal observés dans un langage pseudo-anatomique, en parlant d'un centre de la mémoire, de l'intelligence du sentiment au lieu de parler d'une faculté. On avait tout dit quand on imaginait qu'un processus pathologique quelconque venait gratter une cellule où était déposé comme dans un coffret un sentiment, un souvenir ou une idée. L'analyse psychologique du fait lui-même et les discussions philosophiques étaient bien oubliées.

Pourquoi cette transformation ? D'abord elle dépendait de cette loi générale qui amène un épuisement rapide de l'intérêt pour une étude quand elle semble avoir donné tout ce qu'elle contenait à une époque. Mais je crois qu'il y avait une raison plus profonde, c'était l'insuffisance de la psychologie à un moment où elle était bien incapable de jouer le rôle qu'on voulait lui donner dans l'explication des maladies mentales. Les philosophes ont tort de se plaindre de l'indifférence avec laquelle les aliénistes ont accueilli leurs études

pendant des années : ils étaient seuls coupables et n'offraient rien à leurs collègues qui fût intelligible pour eux, qui fût pratiquement utile.

Je n'en ai jamais été aussi frappé que dans une circonstance de ma vie que je vous demande la permission de vous rappeler. Vers 1896 ou 97, je travaillais déjà depuis quelques années, depuis 1890, dans les services de la Salpêtrière, auprès de mes excellents maîtres Jules Falret et surtout M. Séglas, avec Charcot puis avec Raymond. Un jour, des élèves du service, des internes, des chefs de clinique, parmi lesquels se trouvait mon ami M. Laignel-Lavastine, sont venus me dire : « Depuis longtemps vous nous faites des reproches et vous vous moquez de nous en soutenant que nous aurions grand besoin de notions psychologiques auxquelles nous ne connaissons absolument rien. Eh bien, au lieu de vous moquer, instruisez-nous, nous vous demandons un cours, spécial pour nous, de psychologie clinique. » Ils m'avaient tous rendu trop de services et j'avais pour eux trop de reconnaissance pour pouvoir hésiter et pendant un an ou 18 mois j'ai fait aux élèves de la clinique qui voulaient bien s'y intéresser un cours de psychologie prétendue clinique. A la fin de ce cours, il est arrivé quelque chose de curieux : les élèves du cours se sont déclarés satisfaits ou ont été assez aimables pour dire qu'ils l'étaient, mais le professeur était furieux et très mécontent. Jamais je n'avais eu autant qu'en faisant ces leçons à des médecins le sentiment de l'insuffisance de cet enseignement, du caractère conventionnel et de la nullité pratique de notre psychologie. Je trouvais que mon cours n'avait rien de clinique, qu'il était très mauvais et qu'il fallait le refaire tout autrement. C'est à ce moment qu'ayant commencé la suppléance de Ribot au Collège de France, j'ai eu l'occasion de refaire ce cours d'une nouvelle manière. Je crois un peu, excusez mes illusions, que je me suis tenu parole : depuis trente ans, je crois avoir traité toutes les questions de la psychologie et de la psychiatrie d'une manière un peu plus objective, un peu plus clinique, qui est arrivée à me satisfaire un peu plus moi-même.

C'est que, si je ne me trompe, il y a eu dans cette

période de tâtonnement un certain progrès de la psychologie, surtout si on tient compte des travaux des physiologistes et des psychologues anglais et américains. La science ne marche pas d'une manière continue, elle a de longues oscillations. Le rêve généreux d'association des philosophes et des psychiatres de 1860 à 1880 n'était guère réalisable au moment où ils l'avaient conçu. Il y a eu une longue période de déception et de découragement. Puis les études abandonnées reviennent à la mode et une nouvelle période de travail fécond en commun paraît recommencer, pour s'arrêter bien entendu avant le terme qui recule toujours.

Il me semble que nous sommes au début d'une nouvelle étape de la psychologie pathologique. L'intérêt pour ces études réapparaît parmi les psychiatres et de nombreuses études d'analyse psychologique ont été présentées ici-même non sans succès. Permettez-moi de souhaiter que cet intérêt psychologique ne s'épuise pas trop vite, qu'il apporte à notre Société de nombreux travaux utiles à la psychiatrie et utiles à nos malades.

Rapport de la Commission des finances

L'avoir de la Société, au 31 décembre 1927, était de	23.492 24
Les recettes en 1928 ont été de	9.893 »
Total	33.385 24
Les dépenses en 1928 ont été de	5.277 »
Il reste donc un excédent global de	28.108 24
se décomposant ainsi :	
Société médico-psychologique	13.695 14
Prix Aubanel	9.711 60
Prix Belhomme	1.850 »
Prix Moreau (de Tours)	200 »
Prix Christian	2.651 50
Total	28.108 24

Les rentes annuelles se décomposent ainsi :

Société médico-psychologique	566 »
Prix Aubanel	800 »
Prix Belhomme	300 »
Prix Moreau (de Tours)	100 »
Prix Christian	302 »
	2.068 »

Votre Commission vous propose d'approuver les comptes de l'année 1928 et de voter des remerciements à M. Raymond Mallet, notre dévoué trésorier.

La Société adopte à l'unanimité les conclusions de ce rapport et vote des félicitations à son trésorier, M. Raymond Mallet.

Prix de la Société

M. H. Colin, *secrétaire général.* — Je signale une fois de plus le peu d'empressement qu'apportent les candidats à concourir pour les prix de la Société médico-psychologique.

L'année dernière, un seul mémoire avait été envoyé pour le prix Aubanel dont le montant était de 3.000 fr. A défaut du prix, une récompense de 800 fr. fut accordée à l'auteur du mémoire. Il reste donc 2.200 francs que je vous propose d'ajouter au montant habituel du prix, 1.500 francs (*adopté*).

Le prix Aubanel qui sera décerné en 1930 sera donc de 3.700 fr. Je rappelle le titre de la question posée : « Les troubles mentaux dans le tabes. »

A la fin de décembre 1928, aucun mémoire n'avait été déposé pour le prix Belhomme qui vient à échéance cette année. La question posée par la Commission composée de MM. Capgras, Leroy et Truelle était: « Les hallucinations psychomotrices verbales. » Je vous propose de la maintenir pour 1931, époque à laquelle le prix Belhomme est reporté et de doubler le montant du prix qui sera ainsi de 2.000 fr. (*adopté*).

Inutile d'ajouter que le prix Esquirol et le prix Christian n'ont pas trouvé d'amateur.

Les constatations que je viens de faire ne sont pas spéciales à la Société médico-psychologique. Le même désintéressement se retrouve partout ailleurs. Il est de nature à nous consoler de la dureté des temps actuels, surtout en ce qui concerne le prix Christian, fondé pour aider les internes des asiles de Paris et de la province momentanément gênés, à terminer leurs études et à payer leur thèse.

La liste des prix paraîtra, comme d'habitude, dans le numéro de février des *Annales*.

L'action thérapeutique du stovarsol sodique dans la paralysie générale

par MM. Barbé et Sézary

Les divers traitements essayés jusqu'en ces dernières années, sinon pour guérir, tout au moins pour retarder l'évolution de la Paralysie Générale n'avaient donné que des insuccès. Cela tenait à ce que l'on se trouvait, primitivement, réduit à des méthodes empiriques, et que, plus récemment, lorsque l'origine syphilitique de cette affection fut admise, le traitement mercuriel se révéla comme inutile, voire même comme dangereux ou nocif.

Plus récemment, on a essayé diverses méthodes, et, pour notre part, depuis 1921, après avoir employé l'arsacétine et la tryparsamide, nous avons finalement utilisé le Stovarsol (sel de soude de l'acide acétyl-oxy-amino-phényl-arsenique, découvert par M. Fourneau), produit arsenical pentavalent qui ne devient tréponémicide qu'après réduction.

Nous allons d'abord indiquer le mode d'emploi de ce produit; nous en verrons ensuite le résultat.

I. Mode d'emploi.

Tout d'abord, nous pensons que le Stovarsol peut être employé *seul*, puisque nos cas les plus favorables ont

été obtenus par l'utilisation de ce produit, à l'exclusion de toute autre médication. Cependant, nous lui avons parfois adjoint d'autres produits, destinés, théoriquement, à renforcer son action, et surtout des substances pyrétogènes, telles que le nucléinate de soude ou le Dmelcos, mais nous ne savons pas encore si cette association est à recommander.

En ce qui concerne le *mode d'absorption et la technique,* nous avons rejeté la voie digestive, comme moins active, et la voie intraveineuse comme dangereuse pour le nerf optique, bien que les troubles visuels ne soient guère à redouter avec des doses ne dépassant pas 1 gr. par injection et 3 gr. par semaine. C'est donc à la voie sous-cutanée ou intra-musculaire que nous nous sommes adressés ; il nous a paru que cette pratique présentait un double avantage : certitude presque absolue de ne pas avoir de troubles visuels, et absorption et élimination plus lente du produit, ce qui lui permet une action plus régulière et plus continue sur le système nerveux. Le produit étant livré en tubes de 0,50 et de 1 gr., il suffit de diluer la quantité à injecter dans 4 ou 8 centimètres cubes d'eau bi-distillée ; l'injection peut être faite (au choix), sous la peau de la cuisse ou dans les muscles du voisinage ; elle n'est pas douloureuse.

Les *quantités* à employer nous paraissent devoir être établies de la manière suivante : une première série de 20 gr., à raison de 1 gr. 3 fois par semaine, soit près de 2 mois de traitement ; repos de 1 mois ; nouvelle série de 20 gr. ; repos de 1 mois ; puis, troisième série de 20 gr., soit un total de 60 gr. de produit actif. Parfois, cependant, lorsque l'amélioration paraît se manifester seulement vers le 17e ou le 18e gramme de la première série, nous continuons jusqu'à 30, 40, 50 grammes et même plus en une seule série, sans dépasser les doses de 3 gr. par semaine.

Lorsque l'amélioration a été obtenue, il semble qu'il y ait intérêt à maintenir le malade sous l'influence de ce que nous appellerons volontiers un *traitement d'entretien;* dans ces conditions, nous faisons 3 séries annuelles de 20 gr. Cependant, il ne semble pas que ce traitement d'entretien soit absolument indispensable, puisque cer-

tains malades ne sont revenus nous voir qu'après de longs mois, et sans avoir reçu quoi que ce soit après leur sortie, ce qui ne les empêchait pas d'être en parfait état. Nous conseillons cependant, chaque fois qu'il est possible, de consolider les résultats acquis par la première ou les premières séries ; ajoutons qu'en cas de rechute chez un malade non suivi, on peut espérer enrayer l'évolution des nouveaux accidents en reprenant le traitement, mais à la condition formelle que cette reprise soit faite immédiatement, sans que l'on puisse d'ailleurs garantir un résultat aussi favorable que la première fois.

Nous avons fait allusion plus haut aux *accidents* que l'on pouvait observer au cours du traitement de la Paralysie Générale par le Stovarsol : les plus importants sont les accidents oculaires, mais lorsqu'on a recours à la voie sous-cutanée ou intra-musculaire et que l'on ne dépasse pas une dose hebdomadaire de 3 gr., il semble bien que l'on soit pratiquement à l'abri de ceux-ci. Pour notre part, nous n'en avons plus observé depuis que nous avons adopté la méthode qui vient d'être indiquée; d'ailleurs, s'ils apparaissaient, il n'auraient certainement ni la gravité, ni la rapidité d'évolution des troubles oculaires que l'on observe quand on a recours à la voie intra-veineuse ; il suffirait de cesser le traitement pendant un mois environ pour les enrayer.

On peut également observer un léger degré d'excitation psychique et des accidents cutanés bénins.

II. Résultats

Ceux-ci sont de deux ordres : les résultats cliniques et les résultats biologiques. Nous allons les exposer successivement.

A. RESULTATS CLINIQUES. — Nous envisagerons d'abord la statistique générale concernant les malades traités, ensuite nous rapporterons quelques observations prises parmi celles qui nous paraissent les plus typiques et les plus favorables.

1. **STATISTIQUE GENERALE.** — Avant de rapporter les chiffres concernant les paralytiques généraux traités par le Stovarsol, nous ferons remarquer que nous n'avons nullement choisi nos malades, mais qu'au contraire nous avons mis systématiquement en traitement tous ceux qui nous étaient confiés, quel que fût leur état physique, souvent lamentable ou leur état mental, souvent atteint d'une déchéance profonde. Notre statistique devait forcément s'en ressentir, et nous en donnerons pour preuve ce fait que plusieurs sujets étaient dans un état de cachexie tellement avancée qu'ils succombèrent dans le marasme un mois et même parfois moins, après leur entrée.

Si nous n'avons pas choisi nos malades, nous n'avons pas non plus établi nous-mêmes les diagnostics ; un malade qui nous était envoyé comme atteint de paralysie générale était examiné au moment de son entrée, au double point de vue clinique et biologique : si cet examen était confirmatif, le sujet était mis aussitôt en traitement, ce qui ne veut pas dire que celui-ci était institué dès le début de l'affection, puisque plusieurs sujets ne nous furent confiés qu'après des mois et même un an et au delà après le début des accidents.

Les paralytiques généraux que nous avons traités par le Stovarsol depuis 1921 sont au nombre de 125 ; ils peuvent être classés en trois catégories, suivant leur état clinique :

Excitation psychique ou délire mégalomaniaque ;
Affaiblissement intellectuel ;
Etat démentiel.

Cette classification permettra ainsi :

1. d'envisager les résultats suivant la forme clinique ;
2. d'établir une comparaison équitable entre la Stovarsolthérapie et les autres méthodes de traitement.

Ci-dessous les tableaux concernant cette statistique :

a) *Excitation :* 31 cas.

Résultat favorable dans 68 0/0 des cas; sur ce chiffre: 55 0/0 ont pu reprendre leurs occupations antérieures, dont : 45 0/0 sans aucun vestige de la maladie ; 10 0/0 avec un symptôme isolé (surtout physique).

13 0/0 ont eu un résultat assez bon.

Résultat insuffisant ou nul dans 32 0/0 des cas.

b) *Affaiblissement intellectuel :* 41 cas.

Résultat favorable dans 58,5 0/0 des cas :

17 fois parfait ; 22 fois très bon ou bon ; 19,5 fois assez bon.

Résultat nul ou peu appréciable dans 41,5 0/0 des cas.

c) *Etat démentiel :* 53 cas.

Résultat favorable dans 26,4 0/0 des cas (dont 9,4 0/0 excellents).

Résultat nul : 73,6 0/0.

Ces derniers chiffres n'ont rien qui doive surprendre, puisqu'il s'agit alors d'un stade généralement avancé de la maladie, et que les lésions sont ici plus profondes que dans les formes précédentes. Cependant, cette notion n'a pas une valeur absolue, car certains de ces malades qui ont bénéficié du traitement se trouvaient dans un état de déchéance intellectuelle et physique très profonde, et leur guérison a été pour nous une grande surprise.

Cette statistique nous démontre que la Stovarsolthérapie peut soutenir, au point de vue des résultats cliniques obtenus, la comparaison avec n'importe quelle autre méthode de traitement ; de plus, elle n'est pas dangereuse, elle est d'une application simple, et ne comporte aucune contre-indication puisqu'elle peut être employée dans les formes démentielles et cachectisantes.

2. **OBSERVATIONS.** — Nous allons maintenant rapporter brièvement quelques observations concernant des paralytiques généraux traités avec succès par le Stovarsol.

Observation I. — Bed... Eugène, 40 ans, employé de banque, devient en janvier 1927 nerveux, bavard, commet des actes bizarres. Bientôt, il présente de l'excitation intellectuelle avec euphorie, des conceptions ambitieuses, des idées de satisfaction, des impulsions, des violences, sans qu'il se rende compte de son état anormal. Il a une dysarthrie nette, il maigrit. L'examen révèle un signe d'Argyll-Robertson.

Le diagnostic de Paralysie Générale est confirmé par l'examen biologique du liquide céphalo-rachidien :

Réaction de Wassermann : H0.

Leucocytose : 6 éléments par millimètre cube.

Hyperalbuminose : 0,35.

Traité par une série d'injections sous-cutanées de Stovarsol sodique (21 grammes du 25 février au 31 mars 1927), le malade s'améliore dès la troisième semaine du traitement. Puis, son état psychique et physique redevient progressivement normal. Depuis le mois d'avril 1927, la situation est telle que l'on pourrait prononcer le mot de guérison ; il est vrai que le malade a suivi très sérieusement un traitement d'entretien (2 autres séries de Stovarsol en 1927 et 3 séries en 1928), ce qui fait un total de 6 séries depuis le début du traitement.

Physiquement, il ne conserve plus que des troubles pupillaires et au point de vue mental il a repris régulièrement ses occupations (purement intellectuelles, puisqu'il a été comptable et qu'il a recommencé sa profession d'employé de banque depuis juin 1928).

Au point de vue biologique, les réactions humorales sont devenues les suivantes (30 avril 1928) :

Sang : réaction de Wassermann : H8.

Liquide céphalo-rachidien : réaction de Wassermann : H8. Leucocytose : 3,4 éléments par mm³. Hyperalbuminose : 0,35.

Observation II. — Mme Ben... a présenté, en mai 1923, des signes de Paralysie Générale (affaiblissement intellectuel, absurdité des propos et des actes, idées de satisfaction, agitation motrice, troubles des pupilles et de la parole). Examinée en janvier 1925, elle se présente comme une démente cachectique et grabataire. Mise à tout hasard au traitement par le Stovarsol, elle en reçoit 80 grammes intra-veineux de janvier à juin 1925. Incomparablement transformée quelques mois après, aussi bien au point de vue mental qu'au point de vue physique, elle peut rentrer chez elle et reprendre ses occupations ; bien qu'elle n'ait suivi depuis cette date qu'un traitement très incomplet, elle se trouve encore aujourd'hui dans un état parfait, et à tous les points de vue.

Cette observation est doublement intéressante : d'abord à cause du long espace de temps écoulé entre le début de la maladie et celui du traitement ; ensuite, à cause de l'état lamentable dans lequel se trouvait primitivement cette malade chez laquelle on tenta le traitement sans grand espoir.

Observation III. — Col... est interné à Bicêtre en août 1926, à l'âge de 48 ans, pour une Paralysie Générale caractérisée par de l'affaiblissement psychique, des troubles de la mémoire, une euphorie niaise, des idées délirantes imaginatives absurdes, de grandeur et de richesse (il est le secrétaire du Président de la République, il va remplir les coffres de la Banque de France, il va gagner un milliard de milliards par mois, il est le plus grand financier et le sauveur du monde), du désordre des actes avec dépenses exagérées, des troubles de la réflectivité pupillaire et tendineuse.

Examen biologique :

Sang : réaction de Wassermann : H0.

Liquide céphalo-rachidien : réaction de Wassermann : H0. Leucocytose : 40 éléments par mm³. Hyperalbuminose : 0,60.

Mis en traitement par les injections sous-cutanées de Stovarsol, le malade s'améliore rapidement et sort en décembre 1926. Depuis cette époque, il n'a suivi aucun traitement. Cependant, il n'en a pas moins repris ses occupations et se trouve encore actuellement dans un état mental et physique parfait.

Examen biologique (10 décembre 1928) :

Sang : Réaction de Wassermann : H8.

Liquide céphalo-rachidien : Réaction de Wassermann : H8. Leucocytose : 6,3 éléments par mm³. Hyperalbuminose : 0,40.

Observation IV. — Lav... Lucien est hospitalisé à Bicêtre en avril 1928, à l'âge de 48 ans, pour une Paralysie Générale caractérisée cliniquement par un délire euphorique avec idées de grandeur, excitation psychique, incohérence des propos, signe d'Argyll-Robertson, et biologiquement par les réactions suivantes dans le liquide céphalo-rachidien :

Réaction de Wassermann : H0.

Leucocytose : 25 éléments par mm³.

Hyperalbuminose : 0,40.

Mis en traitement par les injections sous-cutanées de Stovarsol, il est rendu à la liberté au mois d'août et peut reprendre ses occupations ; par mesure de prudence, il a reçu une nouvelle série de Stovarsol sous-cutané en novembre-décembre 1928.

Examen biologique (21 janvier 1929) :

Sang : Réaction de Wassermann : H8.

Liquide céphalo-rachidien : Réaction de Wassermann : H8. Leucocytose : 1 élément par mm³. Hyperalbuminose : 0,22.

Observation V. — Leb... Louis, garçon laitier, âgé de 36 ans, est interné à Bicêtre en mars 1928 pour une méningo-encéphalite diffuse avec agitation incessante, turbulence, euphorie niaise et projets d'avenir inconsistants. L'affaiblissement intellectuel s'accompagne de troubles de la mémoire et de l'orientation, de troubles de la réflectivité pupillaire et tendineuse, de tremblement. Au moment de son entrée, il manifeste des idées de grandeur absurdes.

Examen biologique :

Sang : Réaction de Wassermann : H0.

Liquide céphalo-rachidien : Réaction de Wassermann : H0. Leucocytose : 61 éléments par mm³. Hypercalbuminose : 0,40.

Le malade reçoit deux séries d'injections sous-cutanées de Stovarsol représentant un total de 40 grammes ; en avril 1928, soit un mois après, il est déjà transformé ; il sort de l'hospice en octobre et reprend ses occupations antérieures. A tous les points de vue, ce sujet peut être considéré comme redevenu normal.

Examen biologique (27 septembre 1928) :

Sang : Réaction de Wassermann : H4.

Liquide céphalo-rachidien : Réaction de Wassermann : H4. Leucocytose : 12 éléments par mm³. Hyperalbuminose : 0,35.

Observation VI. — Roq... Emile, 51 ans, employé de commerce, est interné en juillet 1925 pour un affaiblissement des facultés intellectuelles avec perte de l'auto-critique, troubles de la mémoire, idées de satisfaction et de grandeur, projets ambitieux (il va toucher 300.000 francs de commission, il fera de longs voyages, deviendra millionnaire, commanditera tout le monde, aura son auto, laissera des milliards à ses héritiers). En même temps, il perd son argent, fait des dépenses exagérées, est turbulent et chante à tue-tête. A l'examen, on note du tremblement, un peu de dysarthrie et des troubles pupillaires avec signe d'Argyll-Robertson.

Transféré à Bicêtre le 3 août 1925, il présente les mêmes symptômes.

Examen biologique :

Sang : Réaction de Wassermann : H0.

Liquide céphalo-rachidien : Réaction de Wassermann : H0. Leucocytose : 28 éléments par mm³. Hyperalbuminose : 0,70.

Mis au traitement par les injections sous-cutanées de Stovarsol, le malade a reçu une première série de 18 grammes en août-septembre 1925. L'amélioration a commencé à

se manifester en octobre de la même année et le malade est sorti peu après. Malgré cela, il a pu être maintenu sous l'influence du traitement et a reçu : 18 grammes de Stovarsol en novembre 1925 ; 20 gr. 5 en janvier-février 1926 ; 12 gr. en mai-juin et 12 gr. en septembre de la même année. En 1927, il a reçu encore 3 séries : une de 9 gr. 5 en avril, une de 12 gr. en juin-juillet et une de 20 gr. en octobre-novembre ; en 1928, il a reçu également 3 séries : une de 18 gr. en février-mars-avril, une de 18 gr. en juin-juillet et une de 20 gr. en octobre-novembre. L'état mental et physique sont parfaits : il a repris ses occupations antérieures, mais il est vraisemblable que ce maintien est dû à l'action continue du Stovarsol, car il eut à plusieurs reprises des menaces de rechute qui furent rapidement enrayées par le traitement.

Examen biologique (17 décembre 1928) :

Sang : Réaction de Wassermann : H6.

Liquide céphalo-rachidien : Réaction de Wassermann : H6. Leucocytose : 1 élément par mm³. Hyperalbuminose : 0,40.

Observation VII. — Sin... Camille, 32 ans, plongeur, entre le 29 avril 1927 à l'hospice de Bicêtre pour une Paralysie Générale caractérisée par une euphorie niaise et satisfaite (il va chanter au cinéma, touchera des centaines de mille francs ; il est couvert de décorations, il va aller monter la garde auprès du Soldat Inconnu avec un uniforme de capitaine et une cuirasse en or), de la dysarthrie, des troubles oculo-pupillaires, un peu de tremblement.

Examen biologique :

Sang : Réaction de Wassermann : H0.

Liquide céphalo-rachidien : Réaction de Wassermann : H0. Leucocytose : 12 éléments par mm³. Hyperalbuminose : 0,40.

Mis au traitement par les injections sous-cutanées de Stovarsol, il reçoit 19 grammes en mai-juin 1927 et 13 grammes en juillet-août. L'amélioration se manifeste rapidement et ce malade que l'on avait dû camisoler à cause de son agitation devient lucide et tranquille. Pour des raisons extra-médicales, il ne peut sortir qu'en février 1928. Il recommence à travailler et reçoit deux nouvelles séries de Stovarsol sous-cutané, l'une en juin-juillet, l'autre en octobre-novembre 1928. L'état mental est redevenu parfait.

Examen biologique (27 août 1928) :

Sang : Réaction de Wassermann : H8.

Liquide céphalo-rachidien : Réaction de Wassermann : H2. Leucocytose : 4,3 éléments par mm³. Hyperalbuminose : 0,30.

B. RESULTATS BIOLOGIQUES. — Ceux-ci concernent le liquide céphalo-rachidien et le sang.

1. LIQUIDE CEPHALO-RACHIDIEN. — Nous avons suivi chez nos malades l'évolution de 3 altérations : la réaction de Bordet-Wassermann ; la leucocytose ; l'hyperalbuminose.

a) **Réaction de Bordet-Wassermann :** C'est cette réaction qui s'est trouvée réduite le plus fréquemment, dans environ 34 0/0 des cas : la réduction s'est produite, tantôt progressivement, tantôt rapidement. Mais, ainsi que nous l'avions déjà fait observer, il s'en faut que cette modification du liquide céphalo-rachidien aille toujours de pair avec une amélioration des troubles psychiques : il suffit d'ailleurs, pour s'en convaincre, d'examiner le tableau ci-dessous :

Résultats cliniques excellents : 25 cas.

Réaction réduite dans 9 cas : 6 cas avec excitation ; 2 cas avec affaiblissement ; 1 cas avec démence.

Réaction non modifiée dans 16 cas : 8 cas avec excitation ; 6 cas avec affaiblissement ; 2 cas avec démence.

Résultats cliniques bons ou assez bons : 18 cas.

Réaction réduite dans 11 cas : 2 cas avec excitation ; 6 cas avec affaiblissement ; 3 cas avec démence.

Réaction non modifiée dans 7 cas : 1 cas avec excitation ; 2 cas avec affaiblissement ; 4 cas avec démence.

Résultats cliniques médiocres ou nuls : 50 cas.

Réaction réduite dans 19 cas: 3 cas avec excitation ; 6 cas avec affaiblissement ; 10 cas avec démence.

Réaction non modifiée dans 31 cas : 4 cas avec excitation ; 5 cas avec affaiblissement ; 22 cas avec démence.

Réciproquement, si nous considérons le rapport entre la réaction et le résultat clinique, nous trouvons :

Réduction de la réaction dans 39 cas.

Résultats cliniques très bons : 9 cas ; résultats cliniques bons : 11 cas ; résultats cliniques nuls : 19 cas.

Réaction rebelle dans 54 cas.

Résultats cliniques très bons : 16 cas ; résultats clini-

ques bons : 7 cas ; résultats cliniques nuls on insuffisants : 31 cas.

b) **Leucocytose** : Les variations de celle-ci sont difficiles à préciser, en raison des différences notables qu'elles peuvent présenter d'un jour à l'autre. Mais des examens multiples permettent cependant de se faire une idée d'ensemble des modifications importantes et durables.

Chez 93 paralytiques généraux étudiés à ce sujet, la leucocytose a été : diminuée dans 73 0/0 des cas ; augmentée dans 27 0/0 des cas.

La diminution de la réaction cellulaire ne coïncide pas toujours avec l'amélioration clinique, puisque l'on trouve les chiffres suivants :

Malades améliorés : 43.

Leucocytose diminuée : 35 ; leucocytose augmentée : 8.

Malades non modifiés : 50.

Leucocytose diminuée : 33 ; leucocytose augmentée : 17.

Il n'y a pas non plus de parallélisme constant entre les modifications de la réaction de Wassermann et celles de la leucocytose du liquide céphalo-rachidien. En effet, on voit que :

Quand la réaction de Wassermann du liquide est réduite (39 cas) : la leucocytose est augmentée 11 fois ; la leucocytose est diminuée 28 fois.

Quand la réaction de Wassermann n'a pas été modifiée (54 cas) : la leucocytose est augmentée 16 fois ; la leucocytose est diminuée 38 fois.

Notons enfin que la leucocytose n'est tombée à 2 éléments et au-dessous que chez 28 malades. Le retour à la normale est donc moins fréquent pour la leucocytose que pour la réaction de Wassermann, et, en pareil cas, la réduction de la leucocytose est loin de coïncider toujours avec celle de la réaction de Wassermann, comme nous le verrons plus loin.

c) **Hyperalbuminose** : Celle-ci paraît encore plus difficilement réductible.

Le taux est resté normal dans 4 cas ; est redevenu normal dans 12 cas ; a été amélioré dans 47 cas (55,3 0/0) ; est resté stationnaire dans 38 cas (44,7 0/0).

Là encore, il n'y a aucun parallélisme entre le chiffre de l'albuminose et les modifications cliniques, puisque l'on trouve :

Chez 41 paralytiques généraux améliorés :

19 fois une augmentation ; 19 fois une diminution ; 3 fois un état stationnaire.

Chez 48 paralytiques généraux non améliorés :

19 fois une augmentation ; 28 fois une diminution ; 1 fois un état normal stationnaire.

De même, aucun parallélisme avec les modifications de la réaction de Wassermann, car :

Dans 36 cas où la réaction a été réduite :

11 fois l'hyperalbuminose s'est aggravée ; 21 fois l'hyperalbuminose a diminué ; 3 fois l'hyperalbuminose est restée stationnaire.

Dans 53 cas où la réaction n'a pas été modifiée :

24 fois l'hyperalbuminose a été augmentée ; 28 fois l'hyperalbuminose a été diminuée ; 1 fois l'hyperalbuminose est restée stationnaire.

Enfin, il y a souvent discordance entre l'évolution du nombre des cellules et le taux de l'albumine.

d) **Evolution relative des trois anomalies :**

Améliorées : dans 33 0/0 des cas.

Modifiées : dans 67 0/0 des cas. Ici on trouve par ordre de fréquence :

1) diminution de la leucocytose diminution de l'hyperalbuminose maintien de la réaction de Wassermann	50,8 0/0.
2) diminution de la leucocytose augmentation ou *statu quo* de l'hyperalbuminose maintien de la réaction de Wassermann	13,6 0/0.
3) réduction de la réaction de Wassermann réduction de la leucocytose augmentation de l'hyperalbuminose	8,5 0/0.

4) réduction de la réaction de Wassermann
augmentation de l'hyperalbuminose
augmentation de la leucocytose
} 1,7 0/0.

5) réduction de l'hyperalbuminose
maintien de la réaction de Wassermann
augmentation de la leucocytose
} 5 0/0.

6) réaction de Wassermann maintenue positive
leucocytose augmentée
albuminose augmentée
} 6,8 0/0.

Disparition totale des anomalies du liquide céphalo-rachidien :

8 cas, dont 6 n'ont nullement bénéficié du traitement.

réaction de Wassermann réduite
leucocytose disparue
hyperalbuminose persistante
} 8 cas.

Ici, on trouve :

résultat thérapeutique nul : 4 fois.
— — excellent : 2 fois.
— — assez bon : 2 fois.

Il n'y a donc aucun parallélisme, chez nos paralytiques généraux traités par le Stovarsol, entre les modifications de leur état psychique et celles de l'état biologique de leur liquide céphalo-rachidien. Mais comme ces dernières peuvent n'être influencées que bien après l'état mental, nous nous contenterons d'enregistrer le fait pour le moment, nous réservant d'en poursuivre l'étude avant de tirer des déductions sur le mode d'action du Stovarsol dans la paralysie générale.

On comprend toutefois, comme nous l'avons dit, que ces faits nous autorisent à parler, même quand il y a parallélisme entre l'amélioration mentale et celle des réactions biologiques, non pas de guérison, mais seulement de rémission totale ou presque totale. Il n'en est pas moins intéressant de signaler ces modifications humorales fréquentes qui montrent l'action profonde du médicament sur l'organisme.

2. SANG. — Des considérations analogues découlent de l'étude de la réaction de Wassermann dans le sang

de nos malades. Mais ici, les modifications observées sont plus difficiles à interpréter, car on sait que même chez les paralytiques généraux non traités, aussi bien d'ailleurs que chez des syphilitiques anciens (comme l'un de nous l'a déjà montré), des poussées temporaires de la séro-réaction peuvent s'observer indépendamment de toute modification clinique.

Cette réserve faite, voici comment se présentent nos résultats :

la réaction est devenue négative dans 32 0/0 des cas.
— est restée positive dans 60 0/0 des cas.
— est restée négative dans 8 0/0 des cas.

Quand la réaction a été réduite partiellement ou totalement, on a trouvé sur 28 malades :

12 fois une amélioration clinique.
16 fois un état stationnaire.

Quand la réaction est restée positive, on a trouvé sur 53 malades :

26 fois une amélioration.
27 fois un succès.

Il n'y a aucun rapport constant entre la réaction de Wassermann du sang et celle du liquide céphalo-rachidien ; il y a discordance dans la moitié des cas environ. Enfin, dans un très grand nombre de cas très favorablement influencés, la séro-réaction est demeurée positive dans le sang.

Conclusions (1)

Cette revue d'ensemble concernant les résultats que nous avons obtenus avec le Stovarsol dans le traitement de la paralysie générale nous paraît devoir comporter les conclusions suivantes :

1. C'est une méthode simple, dépourvue de dangers,

(1) Pour la bibliographie, nous renvoyons à nos travaux antérieurs et plus particulièrement à notre publication récente dans la *Presse médicale* (Résultats cliniques et biologiques de la Stovarsolthérapie dans 125 cas de paralysie générale, mercredi 2 janvier 1929, n° 1, p. 1). Nous tenons à remercier MM. Riche et Vurpas pour la très grande obligeance avec laquelle ils nous ont permis de poursuivre nos essais dans leurs services.

et qui améliore les malades dans les proportions respectives suivantes, selon la forme clinique envisagée :

68 0/0 dans la forme avec excitation.

58 0/0 dans la forme avec affaiblissement intellectuel.

26 0/0 dans la forme avec démence complète.

2. La Stovarsolthérapie provoque des modifications importantes des réactions biologiques du *liquide céphalo-rachidien* puisqu'elle :

réduit la réaction de Wassermann dans 34 0/0 des cas ;

fait diminuer la leucocytose dans 73 0/0 des cas ;

fait diminuer l'hyperalbuminose dans 47 0/0 des cas.

Mais ces constatations nous paraissent devoir être suivies de deux remarques importantes :

a) l'amélioration ne porte pas toujours parallèlement sur les trois anomalies et rarement elle ramène le liquide céphalo-rachidien à la normale.

b) les modifications biologiques n'ont aucun rapport constant avec les modifications cliniques.

Discussion

M. Vurpas. — Si je demande la parole à la suite de la communication de MM. Barbé et Sézary, c'est que j'ai été le témoin de leurs travaux depuis le début qui remonte à 1921.

A ce moment, à la suite d'insuccès répétés dans les divers traitements chez les paralytiques généraux, j'estimais que le mieux était d'abandonner ces malheureux à l'évolution naturelle de leur affection qui les conduisait progressivement à la mort à échéance plus ou moins brève. Aussi lorsque MM. Barbé et Sézary me demandèrent de leur ouvrir mon service pour leurs recherches, je le fis avec plaisir, mais non sans une certaine défiance. Les premiers essais ne furent pas toujours heureux, la technique était à ses débuts, le médicament était injecté par voie intra-veineuse et deux sujets furent atteints de cécité.

Cependant les cas favorables devinrent plus nombreux, les résultats furent plus probants et le sceptique

que j'étais alors est devenu un partisan décidé de cette méthode.

Je ne parlerai pas des faits observés dans mon service de Bicêtre d'abord, de la Salpêtrière ensuite, parce qu'ils feraient double emploi avec les statistiques de MM. Barbé et Sézary où ils sont déjà mentionnés, et je me bornerai à mes malades strictement personnels.

Sept paralytiques généraux ont été traités par le stovarsol sodique ; deux sont toujours internés, d'ailleurs, chez eux, le traitement a dû être interrompu et la série normale des piqûres n'a pu être terminée, chez l'un, du fait de son opposition violente à toute continuation de traitement, chez l'autre, du fait de l'œdème et des troubles trophiques qu'il présentait. Les cinq autres ont repris au dehors leur vie habituelle. Parmi ces cinq cas, je relaterai deux observations qui m'ont paru devoir retenir l'attention. Dans la première, il s'agit d'une paralysie générale avec tabes. La malade internée pour troubles mentaux et traitée une première fois par le Quinby avait été suffisamment améliorée pour reprendre pendant huit mois la vie commune. Mais une rechute s'était produite et un nouveau traitement au Quinby n'avait donné aucun résultat. L'affection suivant sa marche régulièrement progressive était arrivée à la période ultime marquée par un état de démence absolue avec inconscience complète, amaigrissement, escarres. Nous nous demandions même si un tel état comportait encore un traitement. Entrepris par simple acquit de conscience, il fut rapidement suivi d'une amélioration de l'état général, d'une cicatrisation des escarres, d'un retour de l'intelligence ; trois mois plus tard, la malade pouvait reprendre à son foyer la place qu'elle y occupait et depuis cette époque (mars 1925) la vie continue pour elle normalement : Une lettre très correcte qu'elle nous écrivait il y a quelques jours à peine confirmait la continuation de cet état. Par contre, le tabes ne subit aucune modification heureuse et son évolution ne fut nullement améliorée par ce traitement.

Dans le second cas, il s'agit d'une paralytique générale qui, à la suite d'injections sous-cutanées de stovarsol, put reprendre la vie au dehors après six semaines

d'internement. La santé physique et mentale fut même jugée assez satisfaisante pour permettre un séjour aux colonies où elle avait sa vie. Au bout d'un an environ, la fatalité voulut qu'une voiture automobile qu'elle occupait fût prise en écharpe par une locomotive. Projetée à distance par la violence du choc, la malade fut relevée avec une large balafre des régions frontale et nasale ainsi que de la joue et en état de shock tel que l'on crut à une fracture du crâne. Elle sortit de son état d'obnubilation après plusieurs heures. Mais quelque temps plus tard, les troubles mentaux reparurent et les signes de paralysie générale devinrent si manifestes que l'on reprit le traitement interrompu depuis l'amélioration. Après une série de 45 grammes de stovarsol, un mieux notable se produisit. Peu après, la malade reprenait sa vie habituelle et depuis juillet dernier elle garde sa place à son foyer.

En somme, sur sept malades traités par le stovarsol sodique, cinq vivent au dehors, deux seulement continuent à être internés et encore dans ces deux cas le traitement n'a-t-il pas été continué jusqu'au bout. Enhardi par ces résultats, depuis quelques mois nous traitons avec M. Barbé à la consultation gratuite de la Salpêtrière et sans les interner un certain nombre de malades auxquels leur entourage assure la surveillance nécessaire, bien que la clientèle à laquelle nous nous adressons soit plutôt peu fortunée. Déjà certains d'entre eux, lorsque leurs troubles mentaux ne les rendent pas trop insociables, ont ainsi, sans avoir quitté leur milieu, pu garder leur place habituelle dans leur famille. Si ces faits se généralisaient, ils seraient la meilleure démonstration des avantages du stovarsol sodique dans le traitement de la paralysie générale et un tel mode thérapeutique constituerait un réel progrès.

M. A. Marie demande par quelle voie fut administré le stovarsol.

M. Barbé a essayé, dans trois cas, de le donner par voie buccale, mais il donne la préférence à la voie sous-cutanée ; cette voie donne plus de garantie en ce qui concerne l'efficacité du produit, et puis, comme il s'agit

de malades mentaux, fournit au médecin la possibilité de contrôler l'application régulière du traitement.

Dr MARIE. — La note sur la Stovarsolthérapie de la P. G. de MM. Sézary et Barbé m'intéresse particulièrement parce que c'est dans mon service qu'ont été faits par Levaditi et Fourneau les toutes premières applications de ce médicament nouveau.

Je l'ai employé aussi conjointement avec les leucopyrétothérapies diverses en finissant par la malaria dont j'ai parlé à la précédente séance ; mais les heureux résultats du stovarsol seul sont à retenir dans le complexe, leucopyrétothérapies associées au stovarsol, pour faire un juste départ de ce qui revient à l'un ou à l'autre, et cela d'autant plus que pour couper les accès fébriles de la malaria ou de la récurrente nous avons utilisé le stovarsolate de quinine.

J'estime d'autre part que le stovarsol *per os* ne doit pas être écarté en principe, car je l'ai employé ainsi que le tréparsol pour certaines consolidations de rémissions consécutivement aux applications hypodermiques.

Importance de la malariathérapie chez les syphilitiques et plus spécialement dans les lésions du système nerveux central comme moyen prophylactique de la paralysie générale.

par MM. LEROY et MÉDAKOVITCH

La thérapeutique de la paralysie générale est à l'ordre du jour ; traitements anti-spécifiques, malariathérapie, associations des deux thérapeutiques retiennent notre attention. L'observation que nous vous présentons pose un autre problème. Est-il possible chez les syphilitiques de dépister l'imminence d'une P. G. ou d'autres affections du système nerveux central ? En cas d'affirmative, est-il possible d'intervenir avec quelques chances de succès et par quel moyen ?

Le 31 octobre 1928 entre dans notre service de l'Asile Sainte-Anne, Mos... Emile, âgé de 43 ans, avocat, venant de l'hôpital Henri-Rousselle. *Spécificité cérébrale avec poussées paroxystiques de confusion, désorientation complète ; idées paranoïdes de grandeur (il est le Christ, le fils de Dieu, en communication directe avec Dieu, tout le monde doit lui obéir à genoux). Violences graves parce qu'on ne lui obéit pas. Peut devenir dangereux par le caractère du délire et sa stature athlétique. Spécificité ancienne fortement traitée. Réactions humorales de juillet 1928 : Sang : B.-W. et Meinicke négatifs ; L. C.-R. : albumine 0,80, lympho. 8, benjoin 11110.22222.20000, parégorique 222, B.-W. positif (Schiff).*

Syphilis contractée à 30 ans en sept. 1915, toujours soignée : *fin 1915,* 18 injections intra-veineuses d'un sel de mercure ; du *27 oct. 1916 au 23 janv. 1917,* 12 injections de galyl de 0,20 à 0,75 ; du *29 avril au 15 sept. 1917,* 12 injections de galyl de 0,15 à 0,40 ; du *9 déc. 1917 au 22 février 1919,* 12 injections de novar. de 0,20 à 0,90 ; du *10 sept. au 17 déc. 1919,* 15 injections de novar. de 0,15 à 1,05 ; du *24 mai au 6 déc. 1921,* 30 injections de novar. de 0,15 à 0,45 ; du *10 févr. au 4 mars 1922,* 9 injections de cyanure d'Hg. ; du *28 janv. au 21 mars 1923,* 12 injections de muthanol ; du *12 février au 20 mai 1924,* 12 injections de novar. ; du *8 avril au 2 juillet 1925,* 12 injections de novarséno ; du *1er au 20 juillet 1927,* 5 injections de bismuthoïdol ; du *28 déc. 1927 à avril 1928,* 60 injections de bismuthoïdol. Pendant cette longue période de traitement à l'Institut prophylactique de Vernes, le degré photométrique du sang avait oscillé entre 5 et 20, tombant souvent à 0 et se maintenant à cette échelle depuis février 1924. La ponction lombaire faite en mai 1921 avait donné : albumine 0,45, lympho. 11,2.

En mai 1927, Mos... Emile change de caractère, devient hyperactif, mégalomane. Le Dr Gauthier, de l'Institut de Vernes, note le 12 juin 1927 une légère dysarthrie et de la trémulation labiale, inertie pupillaire, réflexes tendineux vifs. L. C.-R. examiné à cette date montre : albumine 0,57, lympho. 39,9. Cette activité mégalomaniaque, s'accompagnant d'une insomnie totale pendant 11 jours, fait interner le malade au pensionnat de Blois le 22 juin 1927. Il en sort au bout d'une semaine calme, raisonnable et reprend ses occupations. Tout va bien ou assez bien jusqu'en août 1928. Puis nervosité, excitabilité. Vers le 20 octobre, insomnie, idées de grandeur, veut gagner beaucoup d'argent et monter des sociétés financières, se dit le Christ. Il interroge Dieu qui lui répond en lui envoyant un choc dans la poitrine.

Le malade arrive dans le service violent, agité, avec idées absurdes de grandeur. Il a une certaine conscience de son état : « Comment se fait-il que je me crois fils de Dieu; plusieurs ici se croient aussi fils de Dieu, mais ils sont fous, je dois être fou aussi ! Eh ! si je ne le suis pas je vais le devenir. » *Liquide céphalo-rachidien :* albumine 0,90, lympho. 125, Pandy ++, Weichbrodt ++, élixir parégorique négatif, B.-W. +, Meinicke +, benjoin 12222.22222.20000 T. Tension 36 (assis). Cette formule indique une syphilis cérébrale en évolution. *Sang :* B.-W. partiellement positif, Meinicke —. Réflexes normaux. Ni sucre ni albumine dans les urines. Inertie pupillaire, myosis, fond d'œil sain, pas de paralysie oculaire. Légère dysarthrie. L'examen du fond mental montre un affaiblissement intellectuel léger, le délire est nettement prépondérant. On sait, du reste, combien il est difficile au point de vue clinique de différencier la P. G. d'autres formes de syphilis cérébrale. Mos... Emile reste, pendant novembre, excité, de très mauvaise humeur, insolent, désagréable. Il gâte et se barbouille d'excréments. Traitement spécifique : 68 gr. de K. I. du 24 nov. au 8 déc. ; bi-iodure d'Hg., du 24 nov. au 4 déc., 0,40. Impaludation le 13 déc. 1928; 12 accès.

Le 1er janvier 1929, au bout des 5 accès, amélioration considérable de l'état mental et du caractère ; le délire disparaît complètement. Le 10 janvier, le malade est complètement transformé, transformation dont il se rend compte. Il nous remercie des soins reçus, raconte avec détails toute son histoire pathologique, exécute correctement des tests de calcul assez compliqués. Sort le 11 janvier dans un état mental semblant parfait. Sa femme, revue par nous le 25 janvier, exprime sa joie de voir son mari encore mieux portant qu'à son départ de l'asile et revenir à sa situation antérieure.

En résumé, un syphilitique longuement traité fait, au bout de 13 ans, une syphilis cérébrale avec graves troubles mentaux ayant nécessité l'internement. Le diagnostic est même discutable, au point de vue clinique, entre spécificité cérébrale et P. G. La malariathérapie amène rapidement une sédation remarquable des accidents et le retour à la vie sociale. Cette observation demande quelques commentaires.

Un traitement médicamenteux intensif peut-il empêcher un syphilitique de devenir aliéné? Nous avons tous vu, en maintes occasions, des paralytiques généraux

ayant été soignés pendant des années. Dans ces cas, on peut toujours prétendre que le traitement n'a été assez énergique, ni assez prolongé. Nous avons, sur ce point, demandé l'avis autorisé du Docteur Vernes. Pour lui, il n'a jamais vu, jusqu'ici, un syphilitique sérieusement traité dans son service devenir aliéné. Relativement à notre malade qu'il connaît bien, il le considère comme un sujet indiscipliné, n'ayant pas suivi un traitement assez régulier pour arriver à la stérilisation. Nous nous demandons, d'après notre observation, si la malariathérapie pratiquée, en outre de la médication spécifique, n'aurait pas mis Mos... Emile à l'abri de toute syphilis cérébrale et de toute P. G. La question mérite d'être étudiée par les syphiligraphes avec de longues et nombreuses observations. Si nous n'avons pas sur ce point la compétence ni l'expérience nécessaires, nous pouvons, du moins, donner ici un aperçu très intéressant des travaux de Joseph GERSTMANN, agrégé de l'Université de Vienne, élève du professeur WAGNER JAUREGG (1).

L'observation a montré que, chez les syphilitiques, les traitements médicamenteux les plus consciencieux et les mieux suivis n'ont pas mis le sujet à l'abri d'un développement ultérieur de la P. G. Etant donné les résultats favorables de la malariathérapie, il n'est pas impossible de penser, *a priori*, que le traitement ne soit capable d'empêcher l'éclosion de la paralysie générale ou d'autres maladies nerveuses tardives, en l'appliquant soit dans la période primaire, soit dans la période latente de la syphilis.

Les syphiligraphes savent depuis longtemps qu'une maladie fébrile (érysipèle, variole, scarlatine, rougeole, pneumonie, rhumatisme articulaire aigu, malaria) est capable d'avoir une influence thérapeutique sur les différents stades de la syphilis et de faire disparaître les symptômes secondaires (exanthème) et même tertiaires (gommes, syphilides ulcéreuses et serpigineuses).

KYRLE (2), l'un des premiers, a essayé la pyrétothérapie dans les cas de syphilis simple à réaction de B.-W.

(1) J. GERSTMANN. — *Traitement de la paralysie générale par la malariathérapie*. 2e édition, Vienne, 1928.

(2) KYRLE. — Fieber, ein wesentlicher Heilfaktor in der Syphilistherapie. *Wien. Klin. Wochenschr.*, Nr. 22, 1917.

difficile à réduire ; les résultats ont été parfaits. En employant cette méthode en même temps qu'une médication antispécifique à dose minime et insignifiante, il a pu faire disparaître les symptômes morbides et rendre le B.-W. négatif. Il était donc logique d'employer la malariathérapie dans la période latente de l'infection, non seulement pour en faire disparaître les symptômes, mais encore en vue du danger d'affections parasyphilitiques ultérieures. Après vingt ans d'observation, KYRLE pose en principe qu'il est absolument impossible de dire si un malade traité soigneusement sous le contrôle absolu du B.-W. et des réactions du L. C.-R. peut être préservé des maladies nerveuses ; l'avenir reste incertain. Seule, la combinaison malaria-salvarsan est capable de donner des garanties. Son procédé est le suivant : 4 semaines d'injections intra-veineuses de néo-salvarsan pour une dose totale de 3 gr. et même davantage ; 8 à 10 accès de malaria ; nouvelle série d'injections intraveineuses de néo-salvarsan pour une dose totale de 3 à 6 gr., concurremment avec la fièvre. Le L. C.-R. se modifie régulièrement pendant la cure, la lymphocytose rétrocédant d'abord. Il a vu des malades traités pendant deux ans par mercure, arsénic et bismuth, sous le contrôle du L. C.-R., sans obtenir le moindre changement du taux élevé des lymphocytes. Chez ces mêmes malades, une seule cure de malaria, avec traitement spécifique avant et après la fièvre, a stérilisé complètement le L. C.-R. Chez les vieux syphilitiques, la rétrocession des réactions humorales du liquide peut demander des mois et même des années ; cette amélioration acquise se montre durable.

Outre les cas anciens, KYRLE a soumis systématiquement au traitement malaria-néo-salvarsan des syphilis récentes et d'autres plus anciennes, avec ou sans modifications pathologiques dans le L. C.-R. Il essayait ainsi de combattre le développement futur d'affections méningées. Le nombre de syphilis secondaires traitées a été de 250 environ, le résultat s'est toujours montré manifeste. Les symptômes pathologiques du L. C.-R. ont disparu chez les syphilitiques récents, presque toujours chez les autres ; jamais de récidive sérologique après

un seul traitement. KYRLE résume ses observations en affirmant qu'aucune méthode anti-spécifique n'a donné des résultats comparables.

Dans la première année de l'infection spécifique, la combinaison malaria-néo-salvarsan a supprimé les réactions pathologiques du sang dans la proportion de 99,1 0/0 et celles du L. C.-R. dans la proportion de 100 0/0, retour à la normale qui s'est maintenu.

Chez les malades à période latente de la syphilis traités antérieurement sans succès par une cure médicamenteuse intense, les réactions sérologiques positives étaient tellement influencées par la malaria que le L. C.-R. positif est devenu négatif dans 55 0/0 des cas et partiellement positif dans presque tous les autres, 43 0/0. Quant au sang, la réaction est devenue négative dans 61 0/0 des cas et atténuée dans 27 0/0. Dans la syphilis tardive, les réactions étaient plus favorablement influencées dans le L. C.-R. que dans le sérum du sang.

A la suite des travaux de KYRLE, certains auteurs se sont demandé s'il convenait d'étendre les indications de la malariathérapie à tous les syphilitiques, sans exception, même à ceux dont le L. C.-R. est négatif. La majorité est d'accord de ne s'occuper que des malades présentant des modifications pathologiques du L. C.-R. et même seulement des modifications difficiles à vaincre. Il est remarquable de constater que chez des sujets à L. C.-R. positif traité par malaria, la récidive pathologique du liquide ne s'est jamais reproduite.

Nous ignorons si les malades présentant un L. C.-R. positif à la période latente tardive avaient la même réaction à la période secondaire. Dans la majorité des cas, cette constatation montre une participation à l'infection du système nerveux central ou des méninges. On sait, d'après de nombreuses observations, que le L. C.-R. positif dans la syphilis secondaire peut, avec ou sans traitement spécifique, devenir spontanément négatif, tandis que le liquide positif dans la période latente tardive résiste à toute thérapeutique médicamenteuse la plus intense. Par cette irréductibilité même s'approche la période de latence tardive biologique positive du L. C.-R., c'est le stade où apparaît la P. G.

Cette conception demande encore confirmation par des recherches systématiques sur l'avenir des sujets arrivés à la latence tardive avec L. C.-R. plus ou moins positif. A ce point de vue, il existe deux travaux importants : l'un de FUCHS (1922) sur l'avenir des malades à L. C.-R. positif, l'autre de SCHMIDT sur celui des malades à L. C.-R. négatif. Les conclusions sont les suivantes : tandis que les cas négatifs restent indemnes pendant des années de toute affection du système nerveux central, les cas positifs sont atteints ultérieurement, dans une forte proportion, de maladies nerveuses para-syphilitiques et particulièrement de la P. G. Une telle affirmation concorde avec le pourcentage peu important des syphilitiques devenus P. G.

Il n'est pas encore possible de déterminer, d'après les procédés admis d'examen sérologique, quels sont, parmi les syphilitiques latents à L. C.-R. positif, ceux qui feront ou non une maladie du système nerveux. Cette incertitude nous oblige à considérer tout malade atteint de syphilis ancienne avec réactions irréductibles dans le L. C.-R. comme particulièrement en danger de maladies nerveuses graves et de P. G. Il faut donc les traiter par une méthode donnant la meilleure certitude d'une stérilisation complète du liquide. Le traitement antispécifique ne donne pas de tels espoirs. Le seul remède est d'employer malaria-néo-salvarsan. C'est la meilleure prophylaxie.

Des objections ont été élevées contre la valeur prophylactique de la malariathérapie dans la syphilis simple, en s'appuyant sur le fait que des syphilitiques ayant contracté la malaria n'en sont pas moins devenus P. G. KIRSCHBAUM, entre autres, a vu 15 paralytiques généraux de son service (marins), atteints de paludisme à la période secondaire de l'infection, devenir P. G. Il est remarquable de constater que, chez de tels malades, une nouvelle impaludation thérapeutique a produit une bonne et durable rémission.

Cette objection tombe pour trois raisons :

1° Nous connaissons les cas où la malaria n'a pas empêché le développement de la P. G., mais chez combien d'autres celle-ci a-t-elle été efficace ?

2° L'infection paludéenne naturelle et la malaria vaccinale peuvent avoir une valeur thérapeutique différente vis-à-vis de la P. G. et de la syphilis simple.

3° On ignore dans quelle période de la syphilis et pendant combien de temps cette malaria naturelle a agi.

Dans une statistique de 4.134 syphilitiques traités dans l'armée autrichienne, MATTAUSCHEK et PILZ ont trouvé un pourcentage de 4,67 0/0 paralytiques généraux. Ils ont constaté que 241 syphilitiques ayant eu, pendant la première année de leur infection, une maladie fébrile telle que érysipèle, pneumonie, etc., aucun n'était devenu P. G. On sait, d'autre part, que sous les Tropiques, où sévissent les maladies fébriles et infectieuses (fièvre jaune, paludisme, etc...), les cas de P. G. et de tabes sont exceptionnels, malgré l'extrême fréquence de la syphilis chez les indigènes. Un grand nombre d'Européens, qui ont contracté la syphilis à Java, sont morts de P. G., tandis que les indigènes ont leur système nerveux immunisé par la malaria endémique. BERCOWITZ a communiqué que dans l'île d'Haïnan (Chine), où 50 0/0 de la population présentent des lésions syphilitiques de toutes formes et où 90 0/0 font des accès paludéens chaque année et hébergent des plasmodes dans leurs organismes, il n'a jamais rencontré, en 8 ans, un seul P. G. et seulement 2 ou 3 tabes. Les mêmes observations ont été faites dans les Indes néerlandaises et dans l'Afrique orientale allemande.

DISCUSSION

M. MARIE. — A propos de l'intéressante étude de MM. Leroy et Médakovitch, je rappellerai le rapport de Kyrle au Congrès des médecins et naturalistes allemands d'Innsbrück en 1923, rapport général que j'ai cité à Rome dans mon rapport d'octobre 1925 au Congrès de Malariologie. Finger, dès 1916, avait proposé à Vienne d'utiliser les fièvres expérimentales pour suractiver la médication spécifique dès la période secondaire.

Pilcz estime que les résultats thérapiques en sont des plus encourageants par leur action rectificatrice des altérations sérologiques et cytologiques.

Fischer et Meyer précisent que ce moyen de renforcement thérapeutique est indiqué toutes les fois qu'il y a pléocytose rachidienne secondaire manifeste, ce qui, selon eux, serait le cas dans 50 0/0 des syphilis secondaires. Nous croyons cette proportion trop forte d'après les recherches entreprises dès 1905 sur la réaction de Wassermann et les réactions d'alarme dans les syphilis neurotropes étudiées avec Levaditi.

J'ai présenté à la Société Clinique de Médecine mentale, avec Beaussart, de ces cas de neurotropisme précoce, marqués en quelque sorte pour la P. G. finale, dès la période secondaire, chez un certain nombre de sujets qui en furent atteints plus tard.

Les stastistiques classiques de Pilcz et Mattauchek, sur les corps d'armée autrichiens en station en Bosnie-Herzégovine naguère, furent la révélation, pour Wagner von Jaureg, de l'action antiparalytique du plasmodium. Ces syphilitiques paludéens donnaient beaucoup moins de P. G. que les soldats spécifiques des autres régions non palustres.

Chez nous, on a signalé à diverses reprises des syphilis coloniales exacerbées en quelque sorte et comme corsées dans leur virulence ectodermique à la suite de complication par échéance du paludisme, chez les syphilitiques secondaires ; des communications de cas typiques de ce genre ont paru au *Journal de Médecine* de Bordeaux, mais ces faits n'excluent nullement une action inverse utile contre la virulence à l'égard des centres nerveux. On en peut même tirer argument dans le sens de la dualité des virus que j'ai soutenue. Quant aux applications de la malariathérapie en dehors de la P. G., elle a pu être aussi expliquée par les antécédents spécifiques héréditaires de ces cas : il s'agirait simplement, selon certains auteurs au premier rang desquels Toporkoff, de psychoses épileptiques, paranoïdes, schizophréniques ou maniaco-dépressives à fond hérédo-spécifique que la malariathérapie modifierait en temps que neuro-syphiloses constitutionnelles.

M. Targowla. — L'intéressante communication de M. Leroy pose ici un problème qui est à l'ordre du jour depuis plusieurs années et qui sera traité en particulier

au prochain Congrès de syphiligraphie, à Paris. Son observation paraît se rattacher à ce que nous avons appelé la phase présymptomatique de la P. G. et dans mon rapport au Congrès d'Anvers, avec M. Dujardin, la question a été abordée ; on trouvera d'ailleurs, dans notre communication du mois de novembre, une observation, le cas III, qui est du même ordre.

Je crois qu'il est une confusion dont il faut se garder, celle de prophylaxie et de traitement préventif. Tous ceux qui ont quelque expérience de la méthode ont vu des syphilitiques paludéens devenir P. G. et s'améliorer ou guérir par la malaria expérimentale ; la malaria n'est donc pas un moyen prophylactique. C'est une méthode curative et elle ne peut guérir une maladie qui n'existe pas encore. Par contre, si le processus anatomo-biologique est constitué, même s'il ne s'est pas encore exprimé cliniquement, le traitement peut agir en prévenant l'apparition des symptômes : c'est là un traitement préventif. Nous l'avons appliqué, à plusieurs reprises, dans ce sens, avec M. Claude, et tout récemment, en particulier, chez un dentiste qui avait présenté plusieurs petits ictus et avait un syndrome humoral de type paralytique résistant au traitement banal ; c'est d'ailleurs à la demande même du malade, parfaitement conscient de sa situation et désireux de prévenir la P. G. menaçante, que nous sommes intervenus.

Réaction antisociale psychopathique et accident du travail. Responsabilité civile

par MM. H. Beaudouin et A. Dupont

Henriette R..., femme V..., actuellement âgée de 45 ans, entre, en juin 1928, pour la seconde fois, à l'asile de Maison-Blanche, par voie de placement d'office : elle a été conduite à l'Infirmerie Spéciale *après avoir frappé sa concierge, dans le dos, d'un coup de couteau.*

Il est inutile de s'étendre longuement sur les éléments proprement cliniques de l'observation : Henriette R... est un

type de Délire chronique de persécution par interprétations délirantes.

Ayant mené une vie habituellement irrégulière, elle contracte vers 1914 la syphilis (B.-W. actuellement négatif dans le L. C.-R. et dans le sérum, après essai de réactivation). Vers la même époque, elle paraît aux siens « soupçonneuse », et en 1921, commence à « systématiser » un délire de persécution dont sa concierge est la protagoniste. En 1923, elle se plaint d'un affaissement moral, dû aux persécutions dont elle est l'objet, consulte de nombreux médecins, fait une tentative avortée de suicide par submersion, puis avale 19 comprimés de gardénal. Placée entre temps dans une maison de santé privée, elle s'en évade au bout de 24 heures. Son mari, *devant les menaces qu'elle profère à l'égard de ses persécuteurs,* la place volontairement le 14 janvier 1924 et la retire le 13 mars suivant de Maison-Blanche, malgré avis médical.

Elle reste en liberté pendant plus de 4 ans, émettant les mêmes idées délirantes et les mêmes menaces jusqu'à l'agression signalée plus haut. Cet acte n'a aucunement surpris son mari qui, d'après sa propre expression, « avait toujours eu peur que cela n'arrive plus tôt ». Elle s'est d'ailleurs montrée agressive vis-à-vis de lui à plusieurs reprises. Il est à souligner que la malade est, au contraire, à l'asile, extrêmement calme et docile.

Un de ses frères est arriéré. Un autre a eu des convulsions de l'enfance. Un grand-oncle paternel fut interné. Fait à noter : le père a été condamné aux travaux forcés pour *assassinat,* dans des conditions qu'il nous a été impossible de préciser (mère affaiblie intellectuellement ou rétive).

Il n'y a pas à insister dans cette affaire sur la question de la *responsabilité pénale :* cette question n'a même pas été posée à un expert, et la malade a été dirigée immédiatement sur l'Infirmerie Spéciale.

Il en a été tout autrement de la *responsabilité civile,* ainsi qu'on va le voir.

Les résultats de l'agression ont été pour la concierge assez bénins ; elle a pu reprendre ses occupations après trois semaines de repos. Cependant, la propriétaire de l'immeuble, assurée à la Compagnie A... pour les accidents du travail survenus à ses employés, demandait à cette Compagnie le remboursement des frais (traitement médical, salaires...) occasionnés par ce qu'elle considé-

rait comme un accident survenu à une employée dans l'exercice de son emploi. La Compagnie acceptait d'ailleurs, mais se retournait contre le mari, au nom de la loi du 9 avril 1898, dont l'article 7 stipule en son paragraphe 1er :

« Indépendamment de l'action résultant de la présente loi, la victime *ou ses représentants* conservent contre les *auteurs de l'accident,* autres que le patron ou ses ouvriers et préposés, le droit de réclamer la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun. »

Il n'y eut pas de contestation ni d'action judiciaire, mais transaction amiable : le mari a ainsi accepté de rembourser à la Compagnie A... une somme de 3.200 fr., somme qui aurait été estimée, par des personnes compétentes, exagérée.

⁂

Ces faits nous permettront d'ajouter quelques commentaires d'ordre juridique.

Nous n'insisterons pas toutefois sur l'assimilation du résultat de l'acte antisocial à un accident du travail : elle peut seulement prêter matière à discussion.

En ce qui concerne les « règles du droit commun » invoquées par la loi du 9 avril 1898, autrement dit la responsabilité civile, nous pouvons rappeler les principes qu'un de nous a ailleurs (1) résumés à ce propos :

Le code civil admet, pour la réparation d'une faute, que celle-ci doive avoir comporté l'intention de nuire et la Cour de Cassation (Requêtes, 21 octobre 1901) pouvait motiver un arrêt avec ces considérations : « Une personne atteinte d'aliénation mentale n'est pas responsable, même civilement, du dommage que, par son fait, elle a causé à autrui, toute responsabilité supposant une faute et aucune faute ne pouvant exister quand la volonté fait défaut. »

(1) J. Raynier et H. Beaudouin. — *L'aliéné et les asiles d'aliénés,* 1924, p. 400 et 401.

Stricte, cette théorie ne manque pas d'apparaître comme pouvant être préjudiciable aux tiers lésés. Aussi a-t-elle été critiquée, et divers auteurs, disions-nous, « font remarquer que l'idée de faute a cédé, dans quelques lois récentes, le pas à l'idée de risque créé (lois sur les accidents du travail par exemple) ».

On peut souligner une lacune de notre juridiction, lacune que certaines législations étrangères (code pénal suisse, code portugais) ont tenté de combler : la victime d'un aliéné peut, même au cas d'irresponsabilité pénale, obtenir une réparation civile, l'indemnité ne pouvant « absorber la réserve que l'aliéné doit posséder pour pouvoir vivre suivant sa condition ».

Le cas d'espèce que nous rapportons ne manque pas non plus de mettre en question la responsabilité des ayants-cause, et le mari, rappelons-le, a accepté de prendre à sa charge les frais occasionnés.

Nous avons indiqué ailleurs que l'art. 1384 du code civil, — imposant à certaines personnes la réparation des dommages causés par une personne « dont elles doivent répondre ou des choses qu'elles ont sous leur garde » — ne paraissait pas applicable en l'espèce : le Prof. Labbé soulignait en effet que l'art. 1384 est limitatif et estimait qu'aucun texte de loi ne met les aliénés *majeurs* sous la garde de leurs proches. (Cette opinion se limite évidemment aux malades non internés.)

Ceci nous permet, pour conclure, de souligner à nouveau l'insuffisance de notre juridiction française à ce point de vue spécial. Aussi serions-nous heureux de connaître des cas d'espèce analogues et les décisions de jurisprudence auxquelles ils ont pu donner lieu.

M. Dupouy. — Un nouveau projet de loi est à l'étude ; ce projet admet la responsabilité civile là-même où l'individu est reconnu irresponsable du point de vue pénal ; il prévoit également la responsabilité des personnes qui demandent la sortie d'aliénés non guéris.

La séance est levée à 18 h.

Un Secrétaire des séances,
E. Minkowski.

DIXIÈME CONGRÈS DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

Compte rendu de la Journée psychiatrique

Québec (8 septembre 1928)

Les psychoses liées à l'infection puerpérale, par MM. Albert BROUSSEAU, Sylvio CARON, Lucien LARUÉ.

Les auteurs, limitant leur étude à ces cas où les troubles mentaux se produisent à partir de l'accouchement ou pendant les quelques semaines qui les suivent chez des femmes certainement atteintes d'une infection des voies génitales, montrent que, par rapport au nombre des aliénées, la proportion n'est que de deux-un tiers pour cent (2-1/3 0/0).

Dans vingt-cinq observations sur vingt-huit, il s'est agi de confusion mentale — dans trois cas on vit évoluer un syndrome maniaque pur de toute confusion.

Dans six cas sur vingt-huit des septicémies graves enlevaient rapidement les malades.

Dans vingt cas l'infection était localisée aux voies génitales. La guérison parfaite fut obtenue dans quarante-trois pour cent (43 0/0) des cas.

Les malades ayant subi des curettages moururent dans quarante pour cent des cas, la mortalité totale n'étant que de vingt-cinq pour cent (25 0/0).

Une enquête a été plus particulièrement menée qui visait à déterminer dans quelle mesure le terrain prédisposait à l'éclosion des troubles psychopathiques. Il n'a pas paru que l'hérédité soit un facteur nécessaire, essentiel et constant et, pourtant, les renseignements à ce sujet ont été

recueillis dans 25 cas sur 28. Des troubles mentaux nets n'ont été révélés que dans 33 0/0 des cas chez les ascendants.

Les accidents psychopathiques personnels ont été relevés dans 32 0/0 et la combinaison d'antécédents héréditaires plus antécédents personnels dans 28 0/0 des cas. Les personnes présumées normales avant leur accouchement ont été atteintes dans une proportion d'un peu plus de quarante pour cent (40 0/0).

En somme, les risques de troubles mentaux chez les infectées puerpérales sont presque aussi grands pour les femmes ne paraissant avoir aucune disposition psychopathique, soit acquise, soit héréditaire, que pour les autres.

De plus, les auteurs attirent l'attention sur le danger de ces infections localisées qui peuvent, très tardivement parfois, au quatre-vingt-dixième jour par exemple, entraîner des accidents mentaux à évolution très grave et dans deux cas — mortels.

L'attention des praticiens a été particulièrement attirée sur la nécessité d'un dépistage plus précoce de l'infection puerpérale, sous ses formes habituelles, et d'autre part, sur la nécessité de songer à cette étiologie chez toute femme présentant un syndrome confusionnel ou maniaque, s'accompagnant des signes généraux d'une toxi-infection.

Programme d'ensemble pour une campagne d'hygiène mentale, par le Docteur Géo.-L. WALLACE, Surintendant de Wrentham State School, Wrentham, Mass.

Ce travail très documenté, est basé sur la longue expérience de l'auteur. M. Géo.-L. Wallace passe d'abord en revue, les grands traits de l'histoire de la médecine préventive aux Etats-Unis. Il fut d'abord fait beaucoup pour la prévention des maladies physiques, mais peu pour la prophylaxie des troubles mentaux. Insistant sur ce fait qu'il est aussi important de se protéger contre l'aliénation mentale que contre les atteintes physiques, l'auteur signale que, pour mener à bien une campagne d'hygiène mentale, le concours de différentes organisations d'assistance est indispensable.

Il faut d'abord une *société d'hygiène mentale* indépendante du Gouvernement.

Les pouvoirs publics devraient disposer *d'hôpitaux et d'écoles* de tout premier ordre. Dans les grandes villes, la création de *cliniques psychiatriques* est de toute nécessité.

Un *tribunal* d'experts nommés par l'administration gouvernementale, devrait former un *département spécial* des mala-

dies mentales pour l'Etat, et ce département devrait être en rapport avec les autres départements, en ce qui regarde le traitement des maladies mentales.

Des *cliniques ambulantes* devraient faire dans les écoles publiques, l'examen systématique de tous les enfants ayant au moins trois ans de retard dans leurs classes.

Enfin, un *service social* bien organisé est nécessaire pour suivre, après leur sortie, les anciens pensionnaires des écoles d'arriérés, ou les malades sortis des asiles d'aliénés.

Projet d'organisation générale de l'hygiène et de la prophylaxie mentales dans le district de Québec, par le Docteur A. BROUSSEAU.

Une campagne d'hygiène mentale à Québec doit s'attaquer d'abord aux problèmes essentiels que propose l'expérience neuro-psychiatrique quotidienne. Les Services du Gouvernement Fédéral pourvoient à ce qu'une bonne immigration soit assurée ; l'Hôpital-Ecole La Jemmerais répond aux besoins de l'assistance de l'enfant anormal. Dans une communication au Congrès, les états neuro-psychiatriques engendrés par l'infection puerpérale ont été envisagés largement du point de vue de l'Hygiène Mentale.

Des mesures plus sévères sont urgentes en ce qui concerne la répression des toxicomanies, la fréquence de l'alcoolisme et l'auteur se permet de signaler cette forme mondaine, insidieuse, de l'alcoolisme des jeunes gens qui risque, assurément, de compromettre l'avenir, par sa diffusion dans certains groupes sociaux.

Le nombre des épileptiques connus est très grand ; il en est peu qui bénéficient d'un traitement rationnel et prolongé. Des établissements spéciaux ou des sections spéciales dans les hôpitaux déjà existants sont extrêmement désirables ; mais il faut surtout que soient diffusées les notions qui permettent un dépistage précoce et, par là même, un traitement plus efficace.

Depuis longtemps déjà la tuberculose et les maladies vénériennes — en particulier la syphilis — ont suscité, de la part des Autorités Provinciales, un intérêt très grand qui aboutit à une campagne patiemment menée et déjà très fructueuse. Mais l'influence de la tuberculose et de la syphilis sur la détermination de syndromes neuro-psychiatriques est encore mal connue et, particulièrement, le diagnostic et le traitement de la syphilis nerveuse doivent être l'objet d'une vulgarisation intensive.

Enfin, une étude systématique des familles psychopathiques a été, par ailleurs, proposée ; l'expérience montre que, de la part du public, ce problème est à peu près entièrement méconnu et c'est là un facteur considérable de perturbations sociales, d'improdnctivité et d'aliénation.

Le district de Québec, du fait de sa population disséminée sur un immense territoire, exige une organisation particulièrement souple, conçue dans le but de répondre de la meilleure façon possible aux indications générales que nous avons posées.

L'Hôpital neuro-psychiatrique (Clinique Roy-Rousseau) que nous avons créé et qui fonctionne depuis deux ans nous paraît devoir être l'unité de départ, de par son mode d'hospitalisation libre pour malades neurologiques et mentaux en même temps que par sa consultation externe gratuite qui est toujours plus fréquentée. Il a déjà reçu 450 malades psychiatriques — 51 seulement ont dû être envoyés à l'asile. Déjà il a provoqué, dans les deux principaux hôpitaux de la ville, la création de dispensaires neuro-psychiatriques dont l'un : à l'Hôpital du St-Sacrement est confié au Docteur Brousseau — l'autre, à l'Hôtel-Dieu du Précieux Sang : au Docteur Caron.

Pour venir en aide à la population rurale, il ne semble pas qu'il y ait d'autres moyens que la constitution d'équipes mobiles composées d'un neuro-psychiatre et d'un médecin ou d'une infirmière spécialisée dans l'étude de l'enfance normale et pathologique, qui — en chaque hôpital régional — assurerait une consultation mensuelle, régulière, avec la collaboration des sociétés médicales de comtés dont chaque année marque le progrès. De plus, grâce à la bienveillance de M. le Docteur Lessard, Directeur de l'Assistance Publique, il sera possible de s'appuyer sur les unités sanitaires qui fonctionnent en divers points de la province avec un si éclatant succès.

Enfin, il est aisé d'adjoindre, chaque fois, un psychiatre chargé de la propagande d'hygiène mentale aux équipes médicales qui, sous les auspices de l'association médicale provinciale vont — chaque été — dans les régions les plus lointaines, répandre les notions nouvelles qui peuvent être utiles aux praticiens.

Cette action doit être entretenue par l'enseignement de l'hygiène mentale — tant à l'Ecole de Médecine où cela est déjà inauguré par le professeur de clinique neuro-psychiatrique, qu'à l'Ecole de Droit où l'on n'a pas encore réussi à susciter l'intérêt nécessaire à la création d'un cours élémen-

taire de psychiâtrie médico-légale grâce auquel les futurs juristes seraient instruits de questions qui, trop souvent, ne sont envisagées que sous l'angle de la répression. Nous y verrions, en même temps, un moyen rapide de faciliter et de réhabiliter l'expertise médico-légale tombée, pour la plupart des magistrats, dans le décri.

C'est ainsi que peu à peu nous espérons éveiller l'intérêt du grand public pour ces problèmes essentiels et nous pensons aborder ensuite la question du contrôle neuro-psychiatrique des services de sécurité dont l'absence, ici comme ailleurs, se paie — chaque année — par de lourdes pertes : en matériel et surtout en vies humaines.

« **De la nécessité de mesures légales permettant l'assistance et le traitement efficaces des toxicomanes et, en particulier, des alcooliques** », par les Professeurs S. Roy et A. Brousseau.

Les auteurs, rappelant les efforts faits por Feu M. le Docteur Vallée, trouvent — une fois de plus — combien les médecins des établissements spécialisés eux-mêmes sont peu armés en ce qui concerne l'assistance et le traitement des toxicomanes. L'expérience montre, en trois années, que 1.700 malades de cette sorte ont été hospitalisés dans deux établissements de la province de Québec.

L'incapacité où l'on est de prolonger le traitement plus de dix à quinze jours, en moyenne, a fait que les récidives connues se sont élevées à cinquante ou soixante pour cent (50 ou 60 0/0) des cas — nombre d'entre eux faisant, par année, six à huit séjours à l'hôpital.

Après un exposé des étapes historiques essentielles, les auteurs montrent que le seul établissement soumis, au Canada, à une législation particulière se trouve à Ponoka, Alberta, et fonctionne exactement comme un asile d'aliénés.

Les suggestions faites par le Gouvernement Fédéral en vue d'établir, dans chaque province, une législation mieux adaptée à ces cas n'ont encore entraîné aucune mesure efficace. Les auteurs, considérant que les toxicomanes, aliénés ou criminels, trouvent, soit à l'asile, soit à l'annexe psychiatrique de la Prison de Bordeaux (Montréal), les conditions les meilleures, le mode d'assistance qui leur convient, s'attaquent surtout au problème des toxicomanes d'habitude qui, sans paraître aliénés, ni enfreindre nettement les lois, n'en sont pas moins une menace perpétuelle pour eux-mêmes, pour leur famille et pour la société.

Ils estiment qu'à défaut de la bonne volonté du malade, les membres de la famille, les témoins du scandale que cause

ordinairement sa conduite peuvent être autorisés à prendre l'initiative qui, grâce à une législation particulière, pourrait provoquer, de la part des autorités administratives, une action susceptible d'entraîner la mise en observation et le traitement dans des asiles spéciaux et consacrés à la cure des malades jugés curables. Ils insistent sur la nécessité de constituer des groupements relativement homogènes permettant des travaux en commun et une discipline aisément assurée.

La durée du placement serait évidemment proportionnelle au degré de l'intoxication et à la fréquence des récidives.

Après une *discussion* à laquelle prirent part MM. *Desloges, A. Vallée* et *Dagneau*, l'assemblée a voté, à l'unanimité, le vœu suivant qui doit être présenté au Gouvernement Provincial.

Voici le texte du vœu :

« Il est extrêmement désirable qu'une Commission mixte, composée avant tout de juristes, les médecins spécialisés n'intervenant que dans la mesure où les y autorise leur expérience médicale, étudie les moyens légaux qui permettront de mener d'une façon rationnelle et utile, le traitement des toxicomanes (les alcooliques y compris), et de pourvoir à leur assistance physique et morale en vue de leur relèvement social. »

« **Etude de quelques familles psychopathiques** », par MM. Brousseau, Desrochers et Larue.

Dans le dessein d'illustrer par quelques exemples, la nécessité où l'on est de mieux connaître et, par conséquent, de mieux combattre les causes souvent lointaines des états psychopathiques qui grèvent si lourdement le budget public, les auteurs se sont appliqués à reconstituer quelques histoires de familles ayant, parmi tant d'autres, fourni un contingent notable à la population de l'asile du district :

1° Une tuberculeuse, fille d'alcoolique, fait de nombreux accès maniaques dépressifs qui nécessitent pour elle quatre internements, le dernier se terminant par la mort entraînée par l'extension des lésions tuberculeuses.

Parmi ses huit enfants, les cinq filles ont toutes présenté des accès : soit maniaques, soit dépressifs, coïncidant, chaque fois, avec quelque événement important de la vie génitale, et pour quatre d'entre elles ayant déterminé l'internement. Les trois fils, au contraire, ont versé dans l'alcoolisme comme leur grand-père. Ici donc, l'on trouve 100 0/0 de psychopathes et 60 0/0 d'hérédité similaire, c'est-à-dire un

chiffre très élevé par rapport à ce que l'on sait sur la descendance des maniaques dépressifs.

2° Deux sujets de souche psychopathique donnent naissance à sept enfants dont deux sont apparemment normaux, deux autres sont gardés à la maison pour des troubles psychopathiques qu'il a été impossible de préciser, trois, enfin, sont internés pour démence précoce développée chez chacun d'eux vers la trentième année. Chez tous trois on décèle une atteinte tuberculeuse, active dans un cas, apparemment guérie dans deux autres.

3° Sur sept enfants d'un couple psychopathique, six sont vivants ; un seul est normal, deux sont des débiles vivant en liberté, trois sont internés présentant tous une disposition aux obsessions, aux phobies, aux paroxysmes anxieux et au suicide qui se retrouvent, chez le père, alcoolique invétéré, demeuré 20 ans à l'asile.

C'est là un exemple relativement fréquent du déchet individuel et social que peut causer, en définitive, l'union d'un intempérant et d'une débile.

4° Un grand-père psychopathe, alcoolique, eût, parmi ses enfants, dont le nombre est inconnu, l'un d'eux qui, débile alcoolique, épousa une femme alcoolique dont il eut un fils et une fille internés, l'un pour débilité intellectuelle et attentat sur de jeunes enfants, l'autre pour imbécillité ; au total, cinq personnes aliénées sur trois générations.

5° L'histoire familiale suivie depuis quatre générations où s'unissent du côté paternel et maternel des sujets atteints de troubles psychopathiques ou nettement aliénés. Résultat : Un sujet de la troisième génération se marie deux fois : Du premier mariage contracté avec une tuberculeuse dont les parents sont également aliénés, sont issus cinq enfants tous épileptiques, dont deux survivent et sont internés. Des onze autres enfants du second mariage, deux seulement sont vivants.

6° D'un mariage entre deux débiles profonds progressivement tombés dans la misère sont nés huit enfants, tous imbéciles ou débiles mentaux, sept d'entre eux ont été internés, quatre sont actuellement vivants et internés.

Le coût total des frais d'hospitalisation des membres de cette famille peut être évalué de 25 à 30.000 dollars.

Ces quelques résultats ont été obtenus avec les moyens les plus imparfaits : enquêtes auprès des aliénés, auprès des parents, lettres écrites aux notabilités des divers lieux d'origine des malades.

Les auteurs insistent sur la nécessité d'une organisation souple, mobile, d'enquêteurs sociaux, d'infirmières visiteu-

ses, prolongeant au-delà de l'asile et des consultations externes données à l'Hôpital neuro-psychiatrique et aux hôpitaux généraux l'action préventive et thérapeutique émanée des centres spécialisés ; ils soulignent l'importance sociale d'une étude systématique de toute lignée pathologique ; de plus, la province de Québec, de population surtout rurale, stable depuis de nombreuses générations, offre un champ particulièrement favorable à l'étude d'un grand nombre de problèmes concernant l'hérédité humaine et, parmi ceux-là, la recherche de l'influence de la consanguinité sur la production des déviations psychopathiques, trouverait des conditions exceptionnellement favorables.

Les résultats déjà acquis sont signalés à l'attention du Gouvernement Provincial et à celle du Comité d'Hygiène Mentale du Canada.

Organisation générale pour combattre et aussi pour dépister la débilité mentale dans les milieux scolaires, par le Docteur George M. KLINE (de Boston).

Cette organisation comprend des *écoles pour arriérés mentaux*, des *classes spéciales*, dans les écoles publiques, et des *cliniques ambulantes*, composées d'un psychiatre, un psychologiste, et un enquêteur social. Ces cliniques ambulantes ont grandement contribué au succès de notre campagne d'hygiène mentale de l'enfance.

L'Ecole La Jemmerais, ses raisons, son but, par le Dr J.-Ch. MILLER (de Québec).

M. J.-Ch. Miller s'excuse de montrer l'Ecole La Jemmerais dès sa naissance, naissance, dit-il, peut-être un peu prématurée; mais, le Congrès n'est-il pas le meilleur moment pour recevoir un bon nombre de confrères praticiens et leur exposer notre plan de travail. D'ailleurs, si l'école ne renferme aujourd'hui qu'une trentaine de pensionnaires, nous sommes assurés déjà qu'elle en comptera, en octobre, deux cent cinquante qui ont été choisis par nous en divers établissements, et nous sommes saisis tous les jours de nouvelles demandes.

L'initiative première de cette œuvre est due à nos gouvernements et à ceux qui les aident. En 1925, une émission d'obligations de $ 550.000, garantie par le Gouvernement Provincial, qui en paie le fonds d'amortissement, permettait aux Sœurs de la Charité de Québec, d'entreprendre la construction. L'établissement terminé présentera les bâtiments suivants :

1° Un corps central consacré à l'administration, aux ateliers, etc...

2° Deux ailes, Est et Ouest, à quatre étages, affectées aux logements des pensionnaires (réfectoires, dortoirs, salles de réunion).

3° Une construction attenante au corps central, et comprenant les cuisines, la chapelle et la communauté, une salle de fêtes.

4° D'autres locaux sont réservés à la chaufferie, la buanderie et les ouvroirs.

Ce dernier bâtiment existe actuellement, ainsi que l'aile de la partie Est, la cuisine et la chapelle. L'Ecole La Jemmerais telle qu'elle est actuellement, peut déjà recevoir quatre à cinq cents enfants.

Cette maison étant la première du genre en notre Province, ne recevra pas seulement des enfants canadiens-français du district de Québec, mais aussi des enfants de langue anglaise, catholiques ou non, et des enfants venant du district de Montréal. Nous aurons des enfants de familles aisées et aussi des pensionnaires indigents. Pour ces derniers, nous devrons, pour le moment utiliser, avec quelques transformations, les formules légales d'internement pour aliénés.

Un questionnaire spécialement préparé en vue d'explorer le degré de développement physique et intellectuel de l'enfant, sera cependant imprimé. A toute demande d'admission, ce questionnaire clinique sera d'abord envoyé, puis rempli et retourné à l'école ; les formules d'internement légal suivront ensuite, s'il y a lieu.

Cette maison, est essentiellement destinée aux anormaux éducables, c'est-à-dire, présentant un certain niveau mental, arriérés de toute nature, qu'il s'agisse de débilité simple ou compliquée de troubles organiques, ou qu'il s'agisse encore d'enfants infirmes ou seulement entravés dans leur éducation par divers troubles physiques.

Dès leur enfance, ces anormaux deviennent un danger social : lents à comprendre, ils retardent les progrès de toute une classe, infirmes physiques ou mentaux, ils provoquent souvent la risée des autres enfants : ils y répondent parfois par des réactions plus ou moins violentes. Ils sont encore souvent très suggestibles et deviennent aisément l'instrument préféré du criminel. Peu résistants aux adversités de la vie, ils présentent fréquemment des maladies mentales parfois même très précoces. Pour tous ces dépourvus, l'Ecole La Jemmerais tentera de réaliser les conditions les plus favorables à leur développement et d'éviter ainsi les conséquences qui risquent de conduire à leur incarcération ; elle leur assurera encore une autre assistance que la vie d'asile.

Ici la surveillance médicale, le bon esprit, la discipline, l'encouragement moral fourniront à ces enfants un milieu où ils ne seront pas sans cesse les victimes de comparaisons fâcheuses. Les plus jeunes trouveront des classes d'enseignement primaire spécialement organisées pour eux et dont ils pourront profiter en y passant le temps voulu. Des artisans expérimentés enseigneront aux plus grands différents métiers tels que menuiserie, peinture en bâtiments, cordonnerie, vannerie, pour les garçons ; les arts ménagers et les travaux manuels seront enseignés aux filles. La ferme et le jardinage occuperont un bon nombre d'enfants sans compter les différents services, les cuisines, la buanderie, la chaufferie, le repassage. Il y aura donc du travail pour tout le monde.

Mais il faut encore distraire et délasser ces enfants ; un employé, spécialement entraîné à cet effet, sera chargé des organisations sportives et de l'enseignement de la gymnastique. D'autres s'occuperont de la diction et des arts d'agrément : on organisera des séances récréatives où les enfants tiendront les rôles. On enseignera la musique vocale et instrumentale à ceux d'entre eux montrant certaines aptitudes.

Cette organisation bien conduite devrait nous amener à d'excellents résultats ; l'expérience de nos amis du Massachusetts et d'ailleurs nous permet beaucoup d'espérances.

Il y a quelques jours, Messieurs, l'honorable M. David rappelait la grande utilité sociale fournie par le Conseil d'hygiène provinciale, dans le dépistage des maladies physiques ; tous s'en réjouissent avec lui. Dans le succès de cette campagne, comme directeur de la lutte antivénérienne, notre distingué Directeur médical général, fut un des principaux lieutenants de l'honorable Ministre ; M. le docteur Desloges s'attaque maintenant à l'hygiène mentale en général, et nous sommes convaincus qu'il ne négligera pas la question des anormaux éducables.

L'Ecole La Jemmerais semble être le pilier d'une œuvre d'hygiène mentale de l'enfance : nous souhaiterions pouvoir dépister, le plus tôt possible, ces arriérés mentaux : tant à la société qu'aux malades eux-mêmes, notre école rendrait ainsi les services les plus appréciables.

Les degrés du développement mental et les courbes de croissance intellectuelle, par le Dr Th. Simon (de Paris).

La méthode de mesure du développement de l'intelligence avait immédiatement fourni une classification des degrés inférieurs de l'intelligence. Les premiers travaux laissaient

toutefois indistincte la frontière de l'état normal et les divers degrés de ce dernier. D'autre part les définitions qu'ils apportaient de l'idiotie et de l'imbécillité, convenaient mieux aux adultes qu'aux enfants.

1. La débilité mentale est, cliniquement, l'inaptitude à assurer son existence en dehors de toute aide extérieure. Quels sont donc les sujets internés en raison de cette inaptitude ? En leur appliquant la mesure de l'intelligence on obtiendra le niveau qui y correspond. Diverses enquêtes ont montré que ce niveau est de 9 ans.

Les niveaux mentaux de 9 à 10 ans constituent une zone limite où l'adaptation reste encore difficile, et dans laquelle notamment l'intelligence reste insuffisante à « freiner » les troubles du caractère quand il en existe.

Le niveau de 10 ans au B. S. constitue le premier niveau normal. De 12 à 15, niveau moyen. Au-dessus de 15 ans niveaux supérieurs.

II. Quel retard, quel état mental chez les enfants correspondent à ces divers niveaux d'adultes ? L'étude, pendant plusieurs années consécutives, d'enfants arriérés pouvait seule fixer sur ce point. Le Dr Bonnis a publié des courbes auxquelles il n'y a qu'à se reporter. Quelques examens d'enfants normaux montrent que leur développement s'effectue aussi selon des règles analogues.

On pressent aisément quelles conséquences cette connaissance des individus a entraînés : dépistage des sujets anormaux et précision dans les mesures à prendre à leur égard, soit pour leur éducation, soit pour leur assistance ; application aux délinquants ; appréciation enfin de la valeur de chacun, et, grâce aux corrélations constatées entre les niveaux d'intelligence et l'utilisation pratique, directions quant à l'orientation professionnelle.

La mesure du développement de l'intelligence par l'échelle Binet-Simon avec démonstration, par le Dr Th. Simon (de Paris).

Après un exposé sommaire de la méthode pour la mesure du développement de l'intelligence et des principes de sa graduation, un enfant est interrogé afin que le public se rende un compte exact de la manière de conduire l'examen et des résultats qu'il donne.

Les tests collectifs n'offrent point la même sécurité que l'échelle originale. Mais, d'application plus commode parce que plus rapide, ils ont multiplié les applications de la méthode principalement dans les écoles.

Cette démonstration pratique et publique de la technique utilisée par l'auteur, et de ses résultats, fut très appréciée des professeurs et des médecins qui y assistèrent en très grand nombre. L'auteur fut invité à la répéter plusieurs fois devant des groupements scolaires différents.

Ecoliers anormaux, par le Dr Th. Simon (de Paris).

Il existe 2 variétés d'écoliers anormaux : les uns ne peuvent suivre les programmes ordinaires en raison d'nne absence de dons intellectuels, les autres ne s'adaptent pas à l'école pour des raisons de caractère.

La mesure de l'intelligence a seule permis la découverte des enfants mal doués. Elle rend compte du retard qu'on observe dans les acquisitions de certains élèves. Elle permet de reconnaître — avant même l'expérience scolaire — ceux qui devraient être instruits à une autre allure que les écoliers habituels. Des statistiques empruntées à une école où les enfants sont étudiés par les procédés de la psychologie et de la pédagogie expérimentales, sont tout à fait démonstratives...

Les anormaux du caractère ressortissent de leur côté à plusieurs espèces. Nous en sommes malheureusement réduits encore à leur égard à un diagnostic qui ne repose guère que sur des témoignages, quant à leur conduite, et nous ne reconnaissons par suite ces enfants qu'assez tard.

Ces 2 groupes d'élèves gênent les écoliers normaux dans les classes ordinaires. Eux-mêmes n'y sont pas non plus à leur place. Pour les anormaux du caractère, c'est surtout la discipline collective qui ne leur convient pas ; en petit nombre au contraire, leur conduite s'améliore. Quant aux mal doués, la lenteur de leur compréhension ne leur permet pas de progresser comme des enfants normaux, fussent-ils de même niveau mental, et, de plus, on doit leur enseigner des tâches élémentaires qu'on n'a pas besoin d'apprendre aux normaux. Une initiation à la vie pratique leur est plus nécessaire.

Reconnaître les enfants anormaux dans la population scolaire, est la première chose à faire. Cela permet déjà de s'occuper d'eux spécialement. Par ailleurs, des classes ou des écoles sont indiquées pour eux : des classes, si les enfants ont un caractère qui s'accommode de l'externat ; des internats dans le cas contraire.

Dès que la mesure de l'intelligence l'a permis, l'assistance, jusque-là réservée aux enfants les plus tarés, s'est progressivement étendue.

La connaissance médicale de ces enfants montre en outre chez eux des tares physiques, des troubles du développement, qu'ils proviennent en grand nombre de milieux misérables... De là de nombreuses indications pour la prophylaxie mentale, laquelle doit surveiller les conditions hygiéniques de la première enfance, et s'attaquer aussi à tous les facteurs de dégénérescence déjà signalés autrefois par Morel et Magnan.

Les méthodes pédagogiques et la place de la pédagogie expérimentale. Un essai d'organisation scientifique de l'école, par le Dr Th. Simon (de Paris).

Les méthodes pédagogiques n'ont trait habituellement qu'aux matières à enseigner et à leur mode de présentation : méthode didactique, méthode intuitive, méthode active... Elles tiennent peu compte de l'enfant. La pédagogie expérimentale se propose au contraire de partir de celui-ci, et constitue par là une discipline qui, sans condamner les méthodes traditionnelles, ni se confondre avec elles, les pénètre et les domine.

Nous avons organisé une école selon les méthodes propres de la pédagogie expérimentale.

Tous les élèves en sont d'abord examinés physiquement dès la rentrée d'octobre. Leur audition et leur vision sont mesurées, leur propreté visuelle est surveillée.

Outre de meilleures dispositions des enfants pour l'étude, cela crée dans l'école une atmosphère particulière, et l'action sur les familles est également indéniable.

En second lieu, tous les enfants subissent, à la rentrée, des tests d'instruction et d'intelligence (individuels pour les plus jeunes, collectifs pour les aînés), tests qui permettent une répartition exacte dans les classes correspondant au savoir des enfants — en même temps que ces examens décèlent les enfants anormaux.

Les tests d'instruction permettent en outre d'établir le programme de chaque classe non plus *a priori*, mais selon ses besoins, et ils fournissent même pour l'instruction des élèves, en signalant leurs lacunes personnelles, des indications individuelles. — En cours d'année, d'autres épreuves sont faites pour continuer de suivre, pas à pas, le travail de chacun.

En fin d'année, enfin, on apprécie par les mêmes procédés de mensuration les progrès des enfants.

Des fiches résument tout ce travail.

Les maîtres habitués à ces techniques sont donc cons-

tamment guidés dans leur action, en même temps qu'ils aboutissent à une connaissance toujours plus exacte de leurs élèves.

Des conférences furent également faites par M. René CHARPENTIER sur les sujets suivants : « **Les premiers symptômes de la paralysie générale** », « **l'Expertise médico-légale psychiatrique devant la juridiction criminelle et la Défense Sociale contre les Anormaux** », « **L'Alcool, facteur de délinquance et de criminalité** ».

R. C.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 31 janvier 1929

Deux cas de paralysie générale chez des nègres, par MM. A. MARIE et MIQUEL. — Les deux nègres sont décédés dans les Asiles de la Seine (nécropsie). Ces cas soulèvent à nouveau la question de la paralysie générale selon les races et de l'immunité prétendue des nègres arabes et autres.

Troubles mentaux similaires chez trois sœurs (type démence précoce familiale). — MM. J. VIE et A. DUPONT présentent trois sœurs dont deux jumelles ; celles-ci sont atteintes d'hébéphréno-catatonie typique ; l'aînée, après un épisode de haine familiale morbide et une tentative de refuge dans le mariage, a extériorisé plus tard une forme paranoïde à évolution rapide. Hérédité non connue. Puberté très tardive. B.-W. négatif.

Anorexie émotionnelle révélatrice de demence precoce en régression, par MM. P. COURBON et J. RONDEPIERRE. — Présentation d'une jeune fille de 26 ans, qui, internée depuis 3 ans pour un délire polymorphe, cessa progressivement de présenter tout trouble mental, fit la critique de son état morbide passé et parut guérie. Passée avec son consentement au quartier des travailleuses, elle continua à y raisonner et à y

travailler sensément, mais l'émotion de ce passage suffit à déterminer une anorexie absolue (pendant 8 jours elle ne but que de l'eau, refusant toute nourriture) qui fit réapparaître le syndrome démentiel précoce latent.

Ce cas prouve d'une part l'émotivité qui malgré une indifférence complète peut exister dans la démence, et d'autre part le masque de validité mentale que la conservation de la rhétorique ou art de bien dire peut mettre sur les déments qui ont perdu l'art de bien faire.

Myélo-encéphalite psychosique, par MM. A. COURTOIS et J.-André THOMAS. — Deuxième présentation d'une malade atteinte de confusion mentale ayant duré 4 semaines, accompagnée d'une polyomyélite localisée. Un mois après le début, septicémie à streptocoque, secondaire à une plaie cutanée. Anémie grave. Après incision d'un volumineux abcès de la région de la hanche droite et un traitement par auto-vaccin, chute de la température et guérison. Les auteurs, exposant les diagnostics étiologiques possibles, écartent la polyomyélite antérieure aiguë, une forme basse de l'encéphalite épidémique et inclinent plutôt vers l'hypothèse d'une infection indéterminée. Et ce cas apparaît comme une contribution intéressante à l'étude des psychoses infectieuses, des encéphalites psychosiques décrites par MM. Toulouse, Marchand et Schiff.

L. MARCHAND.

VARIÉTÉS

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Année 1930

Prix Aubanel. — 3.700 francs. — Question : *Les troubles mentaux dans le Tabes.*

Prix Esquirol. — 200 francs et les Œuvres de Baillarger. — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un sujet de pathologie mentale.

Prix Moreau, de Tours. — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues de 1927 à 1929 inclus, dans les Facultés de Médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse.

Prix Christian. — 300 francs. — Ce prix est attribué chaque année par le Bureau de la Société donataire à un interne des Asiles d'aliénés de Paris ou de la province, momentanément gêné, soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse (1).

Nota. — Les mémoires, manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1929, au siège de la Société, 12,

(1) *Règlement du prix Christian.* — Article Premier. — Les internes des Asiles de France, candidats au prix Christian, devront :

1° Etre de nationalité française ;

2° Justifier de leur état de gêne momentanée par la production d'une attestation du médecin-chef du service où ils sont internes ;

3° Faire parvenir au Secrétaire général de la Société médico-psychologique une copie du manuscrit de leur thèse.

Article 2. — Le candidat désigné par le Bureau recevra le montant du prix après l'envoi au Trésorier de la Société médico-psychologique de deux exemplaires de Faculté de sa thèse.

Article 3. — Dans le cas où le prix ne serait pas décerné une année, le montant en sera reporté à l'année suivante et le Bureau pourra, s'il y a lieu, décerner plusieurs prix.

Article 4. — Le prix Christian ne confère pas au candidat qui l'obtient le titre de lauréat de la Société médico-psychologique.

rue de Seine, à Paris, ou chez M. le Dr Henri Colin, secrétaire général de la Société médico-psychologique, 132, avenue du Roule, Neuilly (Seine). Les mémoires manuscrits devront être inédits et n'avoir pas obtenu de prix dans une autre Société ; ils pourront être signés. Ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

Année 1931

Prix Belhomme. — 2.000 francs. Question : *Les hallucinations psychomotrices verbales.*

Prix Esquirol, prix Christian.

Dépôt des manuscrits le 31 décembre 1930 (voir ci-dessus).

NÉCROLOGIE

Dr Dubuisson

Le Dr Dubuisson, médecin en chef honoraire de l'asile de Braqueville, vient de mourir. C'était un de nos plus sympathiques collègues. Clinicien distingué, administrateur averti, il s'était depuis plusieurs années retiré à Figeac où il charmait ses loisirs en faisant des vers qu'il se plaisait à envoyer à ses nombreux amis. Nous adressons à sa famille l'hommage de notre profonde sympathie.

H. C.

Dr Trepsat

Le Dr Charles Trepsat, médecin du sanatorium de la Malmaison, vient de succomber aux suites d'une longue et douloureuse maladie. Cette fin prématurée a profondément ému ses collègues et amis.

Dr A. Wizel

Nous apprenons la mort du Dr A. Wizel, l'un des plus éminents psychiatres polonais, médecin-chef depuis 1897 du service psychiatrique de l'Hôpital Czyste à Varsovie. Grand ami de la France, le Dr Wizel, après avoir terminé ses études à la Faculté de Varsovie, vint à Paris pour suivre les cours de Charcot ; il publia en 1895, dans la *Revue Neurologique,* une étude sur « Un cas de sclérose en plaques à forme d'hémiplégie alterne », puis, après une longue interruption, après la guerre, les résultats de ses recherches sur le traitement de

la P. G. ainsi que de la schizophrénie par le paludisme (*Encéphale*, 1925 et 1927), ainsi qu'un article sur « Les formes frustes de la schizophrénie » dans les *Annales médico-psychologiques*, 1926. De plus, nous devons à Wizel toute une série de travaux du plus haut intérêt, publiés dans les revues polonaises.

Nous adressons à la Société Psychiatrique Polonaise, dont le Dr Wizel a été membre depuis sa création, nos sincères condoléances.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le Secret médical

A la suite des nombreuses discussions auxquelles a donné lieu le rapport présenté par M. le Prof. Balthazard, au nom d'une commission composée de MM. Brault, président, Le Gendre, Couvelaire, de Lapersonne, Brouardel, Legry, Sergent, Balthazard, rapporteur, et dont nous avons rendu compte, l'Académie de Médecine, dans sa séance du 26 février 1929, a adopté à l'unanimité le vœu suivant :

« L'Académie de Médecine, après avoir étudié à nouveau la question du secret médical au regard des lois sociales, émet le vœu :

« Que le secret médical soit respecté dans les lois sociales et en particulier dans les assurances sociales, le contrôle technique médical bien organisé convenant mieux pour prévenir et réprimer les abus que l'inutile communication du diagnostic des maladies à un personnel administratif. »

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. Colin.

Cahors, Imprimerie Coueslant (*personnel intéressé*). — 37.679

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique

A propos de l' « Ergothérapie »

Tous les lecteurs des *Annales* ont lu sans doute avec plaisir la relation faite par Paul Courbon de son voyage en Hollande (novembre et décembre 1928). Nous sera-t-il permis de souligner l'importance exceptionnelle du chapitre 2 relatif à l'Assistance psychiatrique dans ce pays ? Nous avons en vue plus particulièrement la description succincte mais suffisamment claire de la « méthode ergothérapeutique » et de ses résultats tels que Courbon les a constatés à l'Asile de Santpoort dirigé par Van der Scheer. Par une curieuse coïncidence, l'*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* publie précisément dans son numéro de décembre 1928 un article détaillé de notre collègue hollandais sur l'or-

ganisation et sur le fonctionnement de son asile — autrefois et aujourd'hui. Ainsi qu'il le déclare, l'initiateur de la méthode est sans conteste Simon (de Gutersloh, Allemagne). Il met son nom à côté de ceux de Pinel (enlèvement des chaînes) et Conolly (no-restraint), et il montre l'importance de cette véritable rééducation et réadaptation du malade que réalise l'ergothérapie.

Depuis plusieurs années, les publications de langue allemande sont pleines de travaux sur ce sujet, à tel point qu'il existe à l'heure actuelle déjà une véritable bibliographie de la question ainsi qu'en témoigne la récente revue générale de Thumm (*ibidem*, septembre 1928). Du reste, Simon a décrit sa méthode avec tous les détails voulus dans une série de communications et de publications dont la dernière en date a paru, croyons-nous, dans le numéro de novembre 1927 de l'*Allgemeine Zeitschrift*.

Simon est parti de ce principe que la trop grande liberté qu'on a coutume de laisser aux aliénés internés constitue un abus. Tout comme les gens bien portants, ils doivent être astreints à une certaine discipline et plus particulièrement à la discipline du travail. Tout le mal est dans l'inactivité. Celle-ci est « le commencement de la démence ». Les forces qui ne s'exercent pas diminuent et disparaissent, et cela est aussi vrai pour les forces physiques que pour les forces intellectuelles. Il faut donc que nos malades s'occupent et là est précisément le but de l'ergothérapie. A ce point de vue, l'alitement systématique constitue une méthode mauvaise par bien des côtés, car non seulement la santé générale peut s'en trouver altérée mais toute l'activité cérébrale du sujet s'en trouve forcément amoindrie à la longue (ceci

nous rappelle que Magnan insistait, dans son service, sur la nécessité de ne pas pratiquer une clinothérapie ininterrompue mais de lever fréquemment les malades). Simon affirme que les aliénés se soumettent sans trop de difficultés à cette loi du travail. Il ne s'agit que d'une habitude à prendre, et bientôt la chose paraît toute naturelle. L'organisation une fois établie dans le sens indiqué, les nouveaux entrants font comme les autres et se plient à « l'esprit de la maison ». Bien entendu, il y a des exceptions, et il faut parfois patienter pendant des semaines et des mois, « voire des années », avant d'aboutir à des résultats. Mais en tout cas on ne doit jamais « contraindre » quelqu'un au travail : ce serait une pratique déplorable et qui est à rejeter par principe. Sauf des cas exceptionnels peu nombreux et en dehors, cela va de soi, de malades avec contre-indications tirées de leur état physique, tous les internés doivent pouvoir travailler, plus ou moins. Cela est vrai non seulement pour ce qui concerne les tranquilles mais aussi les agités et même les mélancoliques. Pour ces derniers, l'occupation méthodique constitue le meilleur dérivatif pour leurs pensées tristes et leur apporte un grand soulagement. Du reste, même en dehors des heures de travail, il est bon que les malades s'occupent à quelque chose et ne restent pas absolument inactifs (lecture, école pour certains d'entre eux, jeux divers). Faut-il ajouter que la méthode de Simon nécessite un personnel infirmier dévoué et prêt à seconder le médecin ? Et aussi que son introduction dans un asile suppose une direction médicale et non administrative ? Sur ce dernier point, Simon est formel. Il exige à la tête de chaque établissement un Médecin-Directeur responsable.

Comme tous les novateurs, Simon a eu des précurseurs et il n'est peut-être pas sans intérêt de leur rendre justice.

Ainsi que le reconnaît Simon, Pinel connaissait déjà l'importance du travail comme facteur thérapeutique, et Kræpelin signale expressément que les origines de la méthode sont très anciennes. Ce dernier auteur fait allusion à ce passage du Traité de Pinel où il est question de l'organisation du travail à l'Asile de Saragosse et il ajoute que si Pinel n'a jamais réussi à mettre en pratique ses préceptes en la matière, Ferrus par contre fut plus heureux et arriva à créer une sorte de ferme où les aliénés pouvaient se livrer aux travaux des champs. On sait en effet combien Pinel s'intéressait au côté pratique, thérapeutique de la médecine mentale. C'était bien le premier aliéniste digne de ce nom et qui savait unir à des préoccupations philosophiques et scientifiques le souci du bien-être de ses malades. Il dit que la « base fondamentale » d'un « hospice des aliénés » doit être « la loi d'un travail mécanique rigoureusement exécutée », car « très peu d'aliénés, même dans leur état de fureur, doivent être éloignés de toute occupation active... et quel spectacle affligeant que de voir dans tous nos établissements nationaux, les aliénés de toute espèce ou dans une mobilité continuelle et vaine, s'agitant sans aucun but, ou bien tristement plongés dans l'inertie et la stupeur ». Et plus loin, il nous parle de cet asile espagnol « ouvert aux malades et surtout aux aliénés de tous les pays, de tous les gouvernements, de tous les cultes ». Les malades y étaient occupés à des travaux domestiques, travaillaient dans les ateliers et dans les champs.

Pendant longtemps ce fut surtout le travail agri-

cole qui fut convenablement organisé dans les asiles. On connaît le grand rôle joué dans l'assistance des aliénés par l'établissement d'Altscherbitz. Les colonies agricoles existent maintenant dans le monde entier et A. Marie a eu le grand mérite d'introduire ce mode d'assistance en France. Mais en somme tout se bornait à ne faire travailler que des malades sélectionnés, choisis parmi les plus calmes et les moins dangereux. De plus, on les occupait en dehors de l'Asile en quelque sorte. Celui-ci restait ce qu'il était. Il faut arriver au vingtième siècle pour voir surgir la première organisation d'un travail méthodique à l'intérieur même des pavillons de malades : nous voulons parler du service d'aliénés dits difficiles tel qu'il a été créé à l'Asile de Villejuif par Colin. Le lecteur trouvera la description de ce service dans un article publié ici-même (*Le quartier de sûreté de Villejuif*, par Colin. Numéros d'octobre-novembre et décembre 1912, janvier et février 1913). On voit que le travail était considéré dans ce service non pas « à titre de distraction » mais comme un travail « productif ». Les malades étaient répartis en petits ateliers et « soumis au contrôle d'infirmiers qui avant de remplir les fonctions hospitalières avaient exercé un métier manuel qui les qualifie pour diriger le travail ». A Santpoort, les heures de travail sont : 9 h. à 12 h., 14 h. à 17 heures, total : 6 heures. A Villejuif : 7 h. 1/2 à 11 h., 13 h. à 16 heures, total : 6 heures 1/2. Ainsi a été réalisé « un traitement moral de choix » et qui loin de coûter des sommes excessives était au contraire pour l'administration une source de bénéfices. Au Congrès de Genève (1926), où fut présenté par Ladame et Demay un remarquable rapport sur la « thérapeutique des maladies mentales par le tra-

vail », Rayneau fit part de son expérience personnelle dans l'introduction du travail à l'intérieur des divisions et plus particulièrement dans une section d'agitées femmes qui se calmèrent beaucoup sous l'influence de cette méthode. Calmels revint sur l'organisation de Villejuif et conseilla l'introduction dans tous les asiles du travail « par petits ateliers à l'intérieur des quartiers ». Il disait notamment : « L'impression de tristesse et d'ennui qui se dégage de l'aspect de nombreux malades inertes dans un quartier serait remplacée par de petits ateliers toujours en activité ».

Si nous avons évoqué tous ces précédents, ce n'est nullement pour diminuer le mérite de Simon. Bien au contraire : nous pensons que son initiative est assurée du succès précisément parce qu'elle se base sur toute une série de réalisations antérieures, moins hardies et plus limitées certes que la sienne mais qui prouvent en tout cas qu'il ne s'agit pas d'une conception théorique irréalisable. Est-ce à dire qu'on puisse espérer introduire en France, et surtout en province, du jour au lendemain, ce qui existe à Gutersloh ou à Santpoort ? Nous partageons sur ce point le scepticisme de Courbon. Depuis le rapport-réquisitoire de Sérieux, les choses ne se sont améliorées que peu ou guère. Mais avec Courbon aussi nous dirons qu'il n'y a pas lieu de se décourager. Ce qu'il faut évidemment, c'est que la situation soit la moins mauvaise possible. C'est tout ce que nous pouvons faire et c'est là qu'est notre devoir.

G. Halberstadt,
Directeur-Médecin de l'asile de St-Venant.

LES VOIES D'ENTRÉE DANS LA DÉMENCE PRÉCOCE

Par M. G. HEUYER, Mlle BADONNEL et M. BOUYSSOU

(*fin*) (1)

Groupe IV

L'entrée se fait par l'éclosion d'un syndrome d'automatisme mental avec hallucinations, prise de la pensée, idées d'influence et de persécution mal systématisées. Les délires qui accompagnent la démence précoce ont été bien mis en évidence par tous les auteurs qui ont traité de cette psychose. Mais très souvent, c'est le syndrome d'automatisme mental tel qu'il a été décrit par de Clérambault qui domine la symptomatologie de la maladie.

Je ne referai pas la description de cet automatisme mental, dont la notion est maintenant classique en psychiâtrie. On peut rencontrer dans certaines formes de démence précoce tous ses éléments : hallucinations auditives et olfactives, hallucinations psycho-motrices, prise de la pensée, troubles cénesthésiques et quelquefois, mais rarement, hallucinations visuelles. Le syndrome d'automatisme mental peut être pur, mais le plus souvent il est encadré par des idées délirantes d'influence plutôt que de persécution.

Observation 9 : R... G..., 21 ans, est amené à l'Infirmerie Spéciale le 23 février 1928.

C'est un garçon de taille et de corpulence moyennes, souriant, loquace, il va nous conter son histoire avec aisance, presque familièrement.

Il nous apprend qu'il est sujet belge, titulaire de nombreuses condamnations et particulièrement d'infractions

(1) Voir *Annales*, janvier, février 1929.

multiples à un arrêté d'expulsion. Il ne peut quitter Paris qui est, déclare-t-il, le milieu indispensable à son activité. Il a autrefois été envoyé au Patronage de l'Enfance (1924), mais il s'en est évadé, ainsi que des places où on avait tenté de le faire travailler. Après avoir raconté diverses aventures où sa tendance imaginative se donne libre cours, il nous dit avoir été marin, et avoir séjourné au Congo belge. Puis il nous fait le récit d'une longue histoire délirante. On lui a dit qu'une pâtisserie du Quartier Latin était affilée au « Oxyard Office », ce qui en anglais veut dire « l'œil sur le terrain ». Il va donc s'y présenter pour faire ses offres de service, car il est désireux d'entrer dans la « police privée ». On le traite de « fou » et il demande quel est le motif d'une telle mystification. Il s'aperçoit alors d'un changement particulier de l'ambiance et remarque des coïncidences bizarres. Il trouve une interprétation symbolique à certains gestes des passants. On le reconnaît. On devine ses qualités de détective et les gens se méfient de lui. Il retrouve des relations inattendues entre des faits disparates. Un télégramme aperçu dans le bureau d'un journal où il s'était présenté soi-disant pour un reportage intéressant, est certainement adressé à un certain M. F... qu'il connaît particulièrement. Une cigarette offerte par un inconnu lui a causé un malaise indéfinissable. Il se dit pédéraste. « Je suis un dégénéré cérébral » et se targue d'avoir eu des relations homo-sexuelles avec le prince royal d'un pays voisin. Ce prince l'aurait mis dans un « sérail d'invertis ». Emploie un fatras de termes spagyriques : parle d'incubes, de succubes. La psychanalyse l'a conquis et il a lu *Freud*. « Tout homme a au moins une heure de folie subconsciente par jour. » Automatisme mental : Echo des propos et des actes ; idées d'influence, se dit hypnotisé et subit des « emprises » étrangères. Conscience de l'état morbide : « Oh, je vois bien que vous me prenez pour un fou, vous allez m'envoyer à Ste-Anne. » Il s'est présenté au Poste de Police, disant qu'il venait dévoiler un complot. « L'Angleterre convoite le Pas-de-Calais et les Alpes-Maritimes. Les forces navales anglaises doivent procéder à un débarquement clandestin dans la rade de Villefranche. »

Il sait cela à la suite d'un entretien qu'il a eu dans un café de Montparnasse avec un affilié de « Oxyard Office ». Il a d'ailleurs pris des notes sur les pages d'un carnet qu'il nous prie d'examiner. Il conclut en disant : « Si je racontais ma vie, ce serait un roman fantastique. » Il est enfant naturel, élevé par sa grand'mère maternelle. Sa mère, dit-il, est très nerveuse et impressionnable.

Il développe ses théories et expose ses idées avec un cynisme confiant et naïf. Son attitude est bizarre par instant.

Il est l'objet du certificat suivant (Dr Heuyer).

« Troubles psychiques de caractère discordant.

« Idées délirantes imaginatives. A connu à Montparnasse le prince de Galles. Il a signalé à celui-ci la construction d'une ligne de chemin de fer au Congo belge et ainsi lui a fait gagner 250.000 fr. Le Prince de Galles voulait faire de lui son ami et l'emmener en Angleterre. Il a un avion à 3 places avec un œil entre les deux ailes. Cet avion permet aux agents de la police anglaise de partir immédiatement. Il existe sur la Côte d'Azur trois maisons d'espionnage, etc., etc.... Automatisme mental. Transmission de pensée. Prise de la pensée. Hallucinations psychiques et psychomotrices. Inhibition. Sentiment d'influence. Mentisme. Excitation psychique. Loquacité. Certaine conscience de l'état morbide. Pense être l'objet d'une mystification. Antécédents de déséquilibre. Sujet belge ; a fait un séjour à Molle, a été placé au Patronage de l'Enfance. Evasion. Expulsion. A subi une dizaine de condamnations pour infraction à arrêté d'expulsion. Vagabondage et infraction à la police des chemins de fer. Veut rester en France. Pédérastie depuis l'âge de 16 ans. Inverti sexuel. S'est présenté spontanément au poste de police pour offrir ses services au chef du contre-espionnage. »

« Pas de signes neurologiques ».

Ainsi se retrouve conjointement chez ce malade, un syndrome de perversions remontant à plusieurs années et un syndrome d'automatisme mental dont l'origine est plus récente. La forme imaginative du délire est de celles que l'on rencontre avec une grande fréquence chez ces sujets jeunes.

L'observation qui vient ensuite, nous paraît présenter un intérêt tout particulier. Comme la précédente, elle dépasse le cadre de ce chapitre, mais plus largement encore. Car elle affirme à la fois les origines dégénératives de l'affection et la notion de maladie familiale qui s'y rattache. Le syndrome d'automatisme mental ne figure qu'à titre de particularité dans un vaste ensemble morbide. Il est intéressant d'étudier le malade en fonction des tares organiques héréditaires dont sa psychose, ainsi que les troubles neuropsychi-

ques observés chez ses collatéraux, sont les manifestations diverses.

OBSERVATION 10 : L... E..., 19 ans. Vient consulter le 28 juin 1927.

Le second d'une famille de 6 enfants.

1 frère est mort l'année précédente de méningite à 18 ans.

1 sœur de 22 ans a un mal de Pott.

1 sœur de 17 ans a des troubles circulatoires.

1 frère de 16 ans est paraplégique.

1 frère de 14 ans a un caractère schizoïde.

1 sœur de 10 ans est bien portante.

Père : très neurasthénique et déséquilibré.

Son père est mort de congestion pulmonaire.

Sa mère d'une embolie.

Trois de ses frères et sœurs sont morts en bas âge de convulsions et un cousin germain est interné depuis l'âge de 15 ans.

Mère : a fait une fausse-couche après son premier enfant.

Son père est mort de péritonite tuberculeuse à 45 ans.

Sa mère asthmatique est morte à 36 ans.

Deux sœurs sont mortes tuberculeuses.

Sujet : Né à terme, marche, parole, propreté à l'âge normal. A passé son certificat d'études à 13 ans 1/2. Il commence à exercer à 14 ans la profession de calqueur-dessinateur. Au début il travaillait très bien.

Depuis deux ou trois ans, il a beaucoup changé. Bien qu'il n'ait présenté aucune maladie à cette époque, son ardeur au travail s'est peu à peu ralentie. Il en arrive à se désintéresser de tout, paraît déprimé, fatigué. Cet état se serait accentué après la mort d'un frère qu'il aimait beaucoup.

Il se croit persécuté par son cousin. Ce cousin qu'il affectionnait, lui apparaît comme animé soudain de mauvais sentiments, et, pour arriver à ses fins, emploie des procédés « spéciaux ». C'est de lui que vient cette annihilation de la volonté dont souffre L... Celui-ci, en effet, se sent influencé, il agit suivant des forces qui « lui viennent du dehors ». Il est certain de ce qu'il avance, car il a « observé les gens et sait maintenant ce qu'il a à faire ».

Il fait ensuite une fugue de 15 jours. Son intention était de se rendre en pèlerinage à Jérusalem, et d'échapper ainsi aux manœuvres de son cousin. Il se rend d'abord en Belgique, après avoir fait une partie du voyage à pied, et se fait embaucher dans une usine. Il se dirige ensuite vers l'Allemagne, mais on l'arrête à la frontière et son signale-

ment est donné à la police française. Comme on l'accuse de vagabondage, il proteste et demande à être rapatrié et conduit à son domicile.

De Belgique, il avait écrit un mot à sa mère. Les idées d'influence se développent consécutivement au syndrome d'influence d'automatisme mental qui se précise peu à peu.

On lui parle par T. S. F. Parfois les voix sont perçues à l'oreille, parfois c'est dans sa tête qu'il les entend.

On répète ce qu'il pense, et ce qu'il voit, ses pensées les plus intimes sont connues de tout le monde.

Ses idées sortent comme en rêve et pourtant il se sent bien éveillé. D'autres fois, c'est le soir qu'il voit défiler dans son esprit des images qui le surprennent et le révoltent par leur caractère obscène. Il lui est particulièrement désagréable d'être dérangé quand il « pense ». Cependant il dort assez bien. Il refuse parfois les aliments, auxquels il trouve un mauvais goût ou une mauvaise odeur. Depuis quelques jours, il est devenu irritable et coléreux. Un jour, au cours d'une querelle avec sa sœur, il va jusqu'à la frapper brutalement.

Il présente des stigmates de dégénérescence, un front olympien ; son attitude au cours de l'examen est embarrassée et indifférente. Il tourne son chapeau entre ses doigts et regarde fixement à ses pieds.

Il est important de signaler qu'un de ses frères, âgé de 14 ans, est venu consulter pour des troubles du caractère, une disposition à la solitude morose, une tendance à la dépression et à la tristesse. On retrouve chez lui les éléments caractéristiques de la constitution dite schizoïde.

L'internement de L... est jugé nécessaire. Il est envoyé à Ste-Anne avec le certificat suivant (Dr Heuyer) :

« Idées délirantes de persécution et d'influence. Interprétations morbides très pauvres, mal systématisées. Syndrome d'automatisme mental. Hallucinations auditives. Injures. Enonciation des actes. Hétéro-impulsions. Hallucinations olfactives. Troubles de l'attention. Mentisme. Dissociation mentale profonde. Indifférence affective. Inactivité. Troubles du caractère. Impulsions. Instabilité. Violences contre l'entourage. Bris d'objets. Fugues. Lourde hérédité de la lignée paternelle. Démence précoce probable. Cet état peut être une cause de trouble pour l'ordre public et de danger pour la sécurité des personnes, et nécessite le placement dans un établissement consacré au traitement des maladies mentales.

OBSERVATION 11 : G... G..., 14 ans 1/2. Présente des troubles psychiques caractérisés par : Idées polymorphes de persécution et de grandeur avec troubles psycho-sensoriels très actifs. Hallucinations auditives et hallucinations psychiques. Voix qui lui parlent, qui lui disent des injures, lui donnent des conseils et des ordres, particulièrement lui ordonnent de fuir, de se tuer ; hallucinations impératives qui durent depuis trois mois et auxquelles il obéit sans discussion de façon impulsive et imprévue. Voix antagonistes, les unes protectrices, les autres hostiles. Sentiment d'influence. Action qui s'exerce sur lui à distance, qui lui donne des pensées étrangères, qui le fait penser, parler et agir malgré lui. — Idées de persécution mal systématisées. Il a des ennemis qui lui en veulent. Idées de satisfaction et de grandeur de mécanisme imaginatif et sur des thèmes absurdes : il est capable de tout faire, de tout comprendre, d'aller dans les astres en avion, de commander à tout le monde, etc... Désordre des actes. Réactions impulsives. Fugues à répétition : récemment a été arrêté à Châlons pour infraction à la police des chemins de fer. Est resté quelques jours en prison ; il y a trois jours, nouvelle fugue à Paris, a été retrouvé au commissariat de police. Tentatives multiples de défénestration. Affaiblissement intellectuel de type discordant. Indifférence à son sort. Inaffectivité à l'égard de ses parents. Incapacité d'effort, fatigabilité, inactivité depuis deux ans, désintérêt progressif de l'étude. — Paresse, inattention, a dû être retiré de l'école ; actuellement parle de façon télégraphique ; véritable salade de mots.

Début des troubles psychiques il y a trois ans environ. Evolution progressive. Phase de vols impulsifs pendant deux mois l'an dernier. Pas de signes neurologiques sauf abolition des réflexes achilléens. Probabilité de démence précocissime. Gravité actuelle des réactions, qui, du fait des hallucinations impératives, ont une impulsivité, une brusquerie qui les rendent très dangereuses car elles ont toutes comme but la fugue ou la tentative de suicide. Inconscience absolue du sujet qui déclare ne pouvoir se tuer à la suite d'une chute par la fenêtre ou ne pouvoir mourir même s'il se donne un coup de couteau au cœur. Malade extrêmement dangereux pour lui-même et qui a besoin d'une surveillance incessante. Il est nécessaire de le placer dans un asile spécial consacré au traitement des maladies mentales. » 25-6-26.

Nous trouvons au dossier le dernier certificat de quinzaine rédigé par le Dr Petit, et dont voici le texte :

« Est atteint de démence précoce hébéphrénique avec crises d'agitation impulsive et impulsions dangereuses. On note actuellement un état de dépression avec inertie psychomotrice. Absence de spontanéité. Semi-mutisme. A maintenir. » 9-17-27.

OBSERVATION 12 : M... A..., 23 ans.

Vient consulter le 7 juillet 1927. A accompli son service militaire de février 1919 à avril 1921. Alors qu'il était au régiment à Bar-le-Duc, commence à s'apercevoir qu'on annihile sa volonté, on l'empêche de faire ce qu'il veut. Idées d'influence, une volonté étrangère agit sur lui par des procédés électriques et a le pouvoir d'inhiber ses actes. Hallucinations auditives. On lui crie : « C'est lui, c'est le roi Elie ! »

Interprétations morbides. Une orange l'a rendu malade. Insomnie. Des camarades obéissent aux mêmes suggestions. Troubles de la cénesthésie. Ressentait dans les doigts et les jambes des picotements attribués à l'électricité. Inhibition en présence des femmes. On le rend impuissant. Prise et écho de la pensée. Sentiment de bizarrerie, d'étrangeté.

Répète souvent : « C'est bizarre ! » Il a toujours été taciturne. Ancien élève à Turgot, il s'est montré dès l'école instable et distrait. Passe son certificat d'études avec succès mais échoue au Brevet.

Il veut actuellement entrer dans la Banque. Il n'a pas travaillé depuis sa démobilisation. Pas de systématisation. Pas d'idées de persécution. Doute partiel de la réalité du délire et des hallucinations : « Est-ce un dérangement de mon esprit ? »

Père débile imaginatif. Celui-ci prétend que, d'après des parchemins, la famille descend des comtes de M..., apparentés aux Chambord. Interprétations rétrospectives. Un enfant a été recueilli à la révolution par les républicains, des titres ont été brûlés.

Le malade émet des doutes sur son père « qui n'est peut-être pas réellement son père ». Pas de fugues, sourires discordants. Pas de troubles du caractère (c'est le père débile qui se fâche). Mange et dort bien. Maigrit cependant. Diminution de l'activité. Tendance à la paresse.

La première note médicale porte : Probabilité d'hébéphrénie au début.

Le 22 juillet 1921. — Vient spontanément se plaindre que le traitement l'a déprimé. On restreint de plus en plus son champ d'action. Son métier de représentant lui devient

intolérable. Voudrait entrer dans un bureau. Incohérence verbale : « Je veux être dans une ambiance. »

La prise de la pensée persiste. Tout le monde sait où il a l'intention d'aller. Ce qu'il pense est connu de tous et de chacun. Il vit dans un rêve et ce rêve est la réalité. Il apporte autour de lui une « ambiance nerveuse ».

Conserve ses idées de grandeur, fait des projets matrimoniaux, il a des vues sur une jeune fille. — Ne veut pas voir de femmes, parce qu'il a peur de n'être pas « assez propre ».

Le 1er août 1921. — La mère nous apprend qu'il a pour elle une profonde indifférence affective. Elle accueille comme vraie l'histoire de la descendance des Chambord. Interpsychologie par méconnaissance de l'état morbide de son fils.

Le 27 mai 1927. — Même état. Hallucinations psycho-motrices. On continue à agir sur lui. Il sert aux expériences de quelqu'un. On l'hypnotise. Parle de transmission de pensée. Tout cela va finir par lui nuire et il commence à ébaucher des idées de persécution. Tendances à l'opposition, à la négation. Incohérence des propos et des actes. Fatigabilité. Ne peut plus lire, mais veut apprendre la sténo-dactylo. Préoccupations hypocondriaques. Mobilité de l'attention et de l'humeur. Hallucinations auditives très actives ; « on lui dit à son oreille qu'il a été pris pour un « sosie ». Télépsychie. Persistance des idées de grandeur. Il descend des Comtes de Chambord. Y joint des idées de force : son regard a un pouvoir sur les autres personnes.

Il est l'objet du certificat suivant (Dr Heuyer).

« Etat caractérisé par les symptômes suivants : Idées délirantes polymorphes de persécution d'influence et de grandeur. Interprétations morbides : impression de bizarrerie, d'étrangeté du milieu. Ordres et inhibition. Idées de filiation aristocratique. Hallucinations psychiques et psychomotrices. Popos entendus dans la rue. Syndrome d'automatisme mental. Prise et écho de la pensée. Probabilité d'affaiblissement psychique. Indifférence affective. Paresse, Inertie. Discordance dans l'attitude et les propos. Probabilité d'hébéphrénie au début. »

Les certificats d'Asile ont confirmé ce diagnostic.

Observation 13 : H... Andrée, 17 ans.

Amenée à la consultation le 17 décembre 1926.

Enfant naturelle, son père est un manœuvre alcoolique. La mère est morte à 48 ans d'un cancer au sein. Jusqu'à

l'âge de 7 ans, l'enfant est restée auprès d'elle. Nous n'avons pu avoir aucun renseignement sur le premier développement. De 7 à 14 ans, elle a été mise en pension. Elle n'a pas pu passer le certificat d'études. Les troubles ont évolué sur un fond de débilité mentale.

Depuis le 1er mai 1926, elle était chez des diaconesses qui lui apprenaient le repassage et la couture, Les troubles mentaux ont débuté par une période de prostration pendant laquelle elle ne parlait à personne et refusait de répondre. Certains jours, elle reste complètement inerte, elle ne s'occupe de rien. Parfois, elle s'oppose systématiquement à ce qu'on veut lui faire. Quand on lui adresse la parole, elle tourne le dos. Elle a des sourires immotivés et des stéréotypies de gestes et d'attitudes : pendant 2 ou 3 jours, elle se frotte les mains, se tire le nez, regarde au plafond, etc... De temps en temps, elle prononce brusquement une phrase dépourvue de sens ou une grossiéreté. Un jour, on l'a trouvée errant dans des corridors et répétant, en regardant autour d'elle, « il y en a partout ». Elle a refusé de dire ce qu'elle voyait. Elle ne semble pas avoir eu d'hallucinations auditives, mais elle demande pourquoi on cherche à connaître ses pensées.

Observation 14 : R... Roger, 17 ans.

Examiné le 14 octobre 1927.

Son père est mort tuberculeux. Il avait perdu ses parents très jeunes et son frère atteint de paralysie générale est mort à l'asile de Villejuif.

La mère a un aspect bizarre, des pensées décousues. Elle fournit des réponses à côté et ne se rend nullement compte de l'état de son fils. Il ne semble pas cependant qu'elle soit débile (elle dit avoir passé le brevet supérieur). Elle a une réaction de Wassermann dans le sang négative.

L'enfant est né à terme en état de mort apparente (circulaire du cordon). Il a marché à 14 mois et a parlé tard.

Il a fréquenté l'école de 8 à 13 ans. Il est arrivé jusqu'à la classe du certificat d'études. Lorsqu'on cherche à déterminer son niveau mental par la méthode des tests, on n'obtient de réponse qu'aux questions correspondant à un âge mental inférieur à 10 ans.

Il semble avoir toujours eu un caractère anormal. « Il y a des moments, dit la mère, où il est absent, il paraît ne pas vivre avec l'entourage, mais vivre pour lui-même. Il a toujours été comme cela. » Il n'a pas de camarades. Il reste plutôt seul, s'intéresse à la musique, fait du piano.

Depuis quelque temps, à des bizarreries de caractère,

se sont ajoutées des périodes d'excitation avec impulsions. Il attrappe sa mère par le bras, la secoue, un jour en causant avec elle il lui serre fortement le cou. Une autre fois, il lui jette un presse-purée à la tête. Il marque de l'hostilité à l'égard de son beau-père, dont il semble jaloux aux dires de sa mère. Le matin, à son réveil, il pousse de véritables rugissements. Parfois, il refuse de se lever. D'autres fois, il court dans l'appartement en proférant des menaces, dit que s'il avait un revolver il tuerait ses parents, se tuerait lui-même. Il veut se noyer. Il laisse à l'adresse de sa mère des lettres dans lesquelles il lui dit : au revoir. Néanmoins, il n'a jamais tenté de se suicider et déclare qu'il a fait cela pour s'amuser. Etant à la campagne, il s'est sauvé et est rentré à Paris à pied. Il a l'impression qu'une force agit sur lui. On lui suggère des pensées qu'il n'aurait pas sans cette influence. Il y a quelque chose qui vient tout seul dans sa tête. Il n'a pas de déroulement de pensées qu'il ne puisse arrêter. « Cela va comme ça peut, j'ai plutôt de la peine à penser. »

Il n'a ni hallucinations auditives, ni sensations bizarres dans le corps. Toutefois, il éclate de rire sans motif. Il a un clignement continuel des paupières et du tremblement palpébral. Les dents sont mal plantées et la voûte palatine ogivale. Le Wassermann dans le sang est négatif.

Dans ces observations est réalisé le syndrome d'automatisme mental. Rien ne manque de ce qui constifue son trépied fondamental, les phénomènes automatiques: moteurs, sensitifs et idéo-verbaux.

L'écho de la pensée, l'écho des propos et des actes, les hallucinations auditives et psychiques sont souvent isolées en une sorte d'hallucinose pure.

Il est à remarquer que les idées de persécution sont très rares, on rencontre surtout des idées délirantes d'influence.

Le syndrome d'automatisme mental dans la démence précoce est identique à celui de la psychose hallucinatoire chronique, mais les idées délirantes sont différentes : l'idée d'influence est la réaction délirante la plus fréquente, l'explication la plus simple, la plus facile fournie par l'intelligence encore valide contre les phénomènes envahisseurs. Elle n'est même qu'une simple constatation de ces phénomènes. « On répète

ce que je dis, on répète ce que je pense, c'est donc qu'il agit sur moi, que l'on m'influence ». Au début du moins, il n'y a aucune idée de persécution.

Chez l'enfant ou chez l'adolescent, la personnalité sociale est moins affirmée que chez l'adulte, les rapports avec le milieu extérieur sont moins étroitement établis.

Chez l'adulte, les habitudes sociales, les droits de l'individu, les prérogatives légales donnent matière à un délire de persécution plus ou moins systématisé. Chez l'adolescent, l'explication la plus simple, la notion d'influence, est suffisante pour expliquer les perceptions fausses.

Surtout, comme il est normal chez l'adolescent et chez l'enfant, ce sont les idées délirantes imaginatives qui l'emportent. G. Dumas a montré que l'adolescent normal était en puissance, un délirant imaginatif. Dans la démence précoce, l'apparition du mécanisme imaginatif se fait automatiquement et les idées de grandeur dogmatiques et absurdes dominent le délire.

La discordance intellectuelle, l'affaiblissement de l'affectivité donnent au délire imaginatif du dément précoce une allure incohérente ou absurde. Le délire prend un aspect extravagant dès le début de la démence précoce, tandis que dans la psychose hallucinatoire chronique, l'aspect imaginatif et absurde du délire est le terme ultime et tardif. L'atteinte du psychisme est en effet plus complète et plus grave dans la première phase de la démence précoce que dans la psychose hallucinatoire chronique. De Clérambault a montré que dans celle-ci le travail de désagrégation est lent et subtil, l'emprise sur la personnalité est moins précoce et moins massive.

Dans la démence précoce, les idées délirantes de nature essentiellement imaginative sur des thèmes de grandeur et de transformation sont mobiles dans leur apparition, variables dans leur contenu et polymorphes dans leur évolution. Elles sont la marque d'une atteinte profonde et diffuse et d'une déchéance rapide du psychisme.

Nous signalons dans ce même groupe nosologique les malades chez qui l'on trouve au début de l'hébéphrénie, un trouble particulier que l'on peut considérer comme appartenant à l'automatisme mental : le mentisme.

Dans un travail, fait en collaboration avec notre élève Lamache, nous donnons de ce phénomène la définition suivante : « Une représentation mentale vive, involontaire, pénible et dont le sujet a conscience de la nature morbide. »

Le malade, surtout le soir, à l'approche du sommeil, voit défiler dans son esprit la représentation de souvenirs récents ou passés et une foule d'images inattendues. C'est le dévidage des souvenirs de l'automatisme mental (de Clérambault).

Quelquefois, il s'agit d'un ressassement continuel de paroles de mots, souvent dénués de toute logique et qui incommodent le malade par leur insistance. Nous sommes à la limite de l'hallucination psychique.

Le mentisme est un symptôme que nous avons constaté très souvent au début de la démence précoce à forme d'automatisme mental. Ce mentisme peut être assimilé à une bande de films composites ou se succèderaient des scènes diverses parfois contradictoires, heurtant dans leur suite illogique le jugement encore suffisamment adapté du sujet.

A un stade plus avancé, les phénomènes du mentisme se modifient ou disparaissent devant les autres éléments plus importants de l'automatisme mental.

Dans le travail en cours avec Lamache, nous apportons des observations démonstratives et quasi-expérimentales de l'origine organique, infectieuse ou toxique, du mentisme, signe précurseur de l'automatisme mental. Il nous paraît échapper à une explication simplement psychanalytique.

Nous rapportons ci-dessous l'observation d'un cas de mentisme annonçant le début d'un automatisme mental et d'une démence précoce.

OBSERVATION 15 : B... M..., 16 ans.

Pas d'antécédents pathologiques personnels ou héréditaires. Bon développement physique et intellectuel. A obtenu son certificat d'études mais échoue au brevet élémentaire. Présente depuis quelques mois des troubles de l'humeur et du caractère. Il se montre facilement irritable, nerveux et impulsif. Souvent, il paraît préoccupé, marmotte, recherche la solitude. Son père avec qui il se prend fréquemment de querelle, s'inquiète de le voir toujours indifférent et distrait. Interrogé, le malade se plaint de penser beaucoup, de penser trop. Le soir, il revoit avec une précision qui l'étonne, les moindres détails de certaines choses vues au cours de la journée. Cela lui donne à réfléchir. Et une tendance interprétative lui fait expliquer par de vagues idées de persécution, les cogitations nombreuses qui se déroulent mécaniquement dans son esprit. Il songe aux « conséquences des choses » et marque sa surprise à l'occasion de toutes ces pensées « qui lui viennent ».

N'a pas d'hallucinations. Dort assez bien, a parfois des cauchemars. Revu un an après, il semble que son processus schizophrénique n'ait pas évolué, car il travaille encore bien à son bureau. Persistent sa morosité, son désir de solitude, on surprend des rires immotivés et quelques tics. Il maigrit. Il se masturbe. Le pronostic reste très réservé.

En résumé, les distinctions qui peuvent être établies au point de vue symptomatique entre l'automatisme mental dans la démence précoce et celui de la psychose hallucinatoire chronique de l'âge adulte sont dues à leur évolution dans des cerveaux à des stades différents du développement.

GROUPE V

Dans cette forme, la démence précoce évolue chez des individus apparemment indemnes de toute tare et de développement intellectuel normal. Elle apparaît à l'adolescence avec les symptômes de désadaptation au milieu, d'indifférence, de bizarreries discordantes et avec une certaine conscience de l'état morbide. Elle prend le type de schizophrénie, telle que la conçoivent les écoles de Zurich et de Sainte-Anne.

Pour nous, il ne s'agit que d'une forme de la démence

précoce. Elle se présente chez des sujets jusqu'alors intelligents, souvent brillants, dont l'avenir intellectuel paraissait assuré et chez qui les tares héréditaires et personnelles ne sont pas apparentes. Il semble que ce sont des esprits sains dans des corps sains qu'atteint le processus. Ces malades bien pourvus intellectuellement, donnent le spectacle d'un bel édifice qui s'écroule.

C'est dans les ruines de cet édifice que la psychanalyse a tenté des recherches de pathogénie affective. Les psychanalystes ont supposé que la schizophrénie est riche encore d'une intégrité et d'une activité mentales. Sans doute, au point de vue clinique, nous admettons la description de la schizophrénie ou de ses diminutifs, la schizomanie et la schizoïdie. Mais dans l'explication que l'on donne de ces troubles, il nous semble que le schizophrène est un personnage surfait. Comme le dit l'un de nous dans sa thèse, dans cette explication de psychopathogénie, la pensée normale a pris souvent la place de la pensée pathologique. On a prêté au malade un raisonnement qui est celui du normal. Lorsqu'on tente de justifier l'attitude du schizophrène par le choix volontaire du monde intérieur plus habitable que le milieu extérieur, quand on admet que le malade choisit dans son imagination les matériaux d'une demeure dont il barricade ensuite portes et fenêtres, c'est par un raisonnement dont nous tirons de nous les arguments, de nous plus que de lui-même. La discordance schizophrénique intellectuelle, affective et pragmatique est le fait essentiel. La notion de la perte du contact vital avec la réalité n'est pas une explication des phénomènes de discordance. Au contraire, la discordance est primitive et explique l'incapacité secondaire d'adaptation.

D'ailleurs, ces schizophrènes ne sont pas toujours indemnes des tares de dégénérescence héréditaire. En fouillant soigneusement dans les antécédents familiaux, il est rare de ne pas trouver chez les générateurs de 1re ou de 2e génération une syphilis ou une psychopathie qui, sans donner la clé du problème étiologique, affirment un terrain morbide auquel il est difficile de ne pas accorder une importance.

OBSERVATION 16 : B... J..., 20 ans.

Vient consulter le 9 février 1926.

Est élève de Chaptal où il a fait d'excellentes études.

Père mort tuberculeux.

Un oncle paternel a un mal de Pott.

Mère en bonne santé. A un frère débile.

Son père est *mort de tabès.*

Sujet : Ne présente rien de pathologique dans ses antécédents personnels.

Il prépare actuellement le concours d'entrée à Polytechnique et se trouverait, selon son propre aveu, très surmené.

Il vient s'en référer à un avis médical, parce que depuis quelque temps, son activité, ses capacités de travail semblent diminuées. Il se prend à douter de lui-même et se demande s'il doit continuer à travailler. Des idées viennent l'obséder et il croit trouver autour de lui les indices de quelque coup monté pour lui causer préjudice. On critique Polytechnique, ses camarades le taquinent, on fait des chansons sur lui, on lui dit des paroles malveillantes, il a les preuves que tout cela est dit et fait à son intention. Il est sujet à des accès de tristesse, menace de se suicider, mais ne peut s'y résoudre. Il fait écrire aux parents de ses camarades de collège pour leur demander que cessent ces taquineries dont il souffre et qui lui ôtent l'ardeur au travail. Un jour, il se prend de querelle avec un de ses condisciples et lui jette une chaise à la tête.

En même temps, il souffre continuellement de céphalée et de « mal à l'estomac ». Il se plaint en effet de pyrosis et s'est ordonné spontanément un régime sans pain.

Dans sa conversation, il répète les mêmes phrases. S'adressant à sa mère, il lui demande « cent fois par jour » : « Dis-moi que tu as compris. » Il dort bien, travaille encore, mais de façon incoordonnée. Il se dicte une ligne de conduite et s'affecte de ne la point suivre exactement.

Il parle de « tension de la volonté » et se préoccupe de diverses questions : sociales, politiques, littéraires, où il doit apporter des directives nouvelles. Il avoue s'être fréquemment masturbé. Pas d'automatisme mental. Il ne présente aucun signe neurologique. Wassermann et Hecht négatifs. Métabolisme de base normal. Tension artérielle : 12-8.

Cicatrice de ganglion cervical tuberculeux.

Quelque temps avant cette visite, il avait envoyé à son médecin la lettre suivante :

Paris, le 14 novembre 1926.

CHER DOCTEUR,

Jusqu'ici mes études ont à peu près marché, mais j'ai le grave tort de beaucoup trop me préoccuper de ma santé ; de m'analyser avec plus d'attention que j'étudie. Le plus petit écart à l'hygiène me trouble fort et je dépense beaucoup d'attention à me convaincre que cela n'a pas dû beaucoup me nuire. Cela tient évidemment à un manque de confiance en mon physique.

J'ai de la mémoire et apprends facilement, une maturité d'esprit qui m'évite de grands efforts. Je dois travailler presque toute la journée. Depuis douze jours que je suis rentré, je suis arrivé à travailler régulièrement. Seulement, voilà, je ne fais que le minimum par crainte du surmenage. Je voudrais sortir le premier de l'Ecole Polytechnique, quand j'y rentrerai dans un an, il faudra que je ne sois point épuisé pour cet effort qui est vraiment formidable. Cette année-ci d'admission, il y aurait avantage à faire un grand effort et à rentrer par la grande porte : 1° au point de vue formation, 2° au point de vue des aléas d'examens à éviter, mais il vaudrait mieux rentrer dernier et très frais qu'usé. Jusqu'ici, je ne me suis jamais senti fatigué et tout va bien. Cependant, j'ai de petits troubles et maman s'inquiète ; cela n'est pas fait pour me donner de la confiance. Il y a un mois, maman ne croyait pas que je puisse étudier, et elle a encore moins confiance que moi. Je voudrais bien que vous nous fixiez un rendez-vous et vous direz ce que vous pensez de moi.

Je m'imagine que mes maladies passées m'ont abîmé et je me demande avec angoisse si je suis encore capable de l'effort très intense de la sortie de Polytechnique. Je serais bien content que vous me donniez confiance sur ce point. Dans le cas contraire, il vaudrait mieux que j'aille à l'Ecole Normale Supérieure, qui est moins dure, j'aurais alors deux concours au lieu d'un, et cela est à éviter.

Je préférerais vous voir le plus tôt possible, car me voilà dans une période plus dure. Maman viendra.

Agréez, Docteur, mes meilleurs sentiments.

J... B...

Depuis la dernière visite, il n'a pu aller que 8 jours en classe et encore, « ça n'a pas marché ». Il a mal à la tête, souffre d'insomnie et de dyspepsie. Il s'affecte grandement de ces symptômes et le soir se prend à réfléchir sur une foule de choses qui le frappent vivement et auxquelles il n'avait jamais songées.

Mentisme. Tendances hypocondriaques.

Il pleure sur lui-même : une nuit gémissait sur son malheureux sort. L'appétit est encore bon et il observe un régime méticuleusement réglé. Il soumet son esprit à des disciplines inflexibles, pour développer « ses facultés d'observation ».

Il se plaint d'avoir trop à faire et la préparation de Polytechnique le hante incessamment. Et puis tout se complique étrangement autour de lui ; jusqu'à son professeur de philosophie qui le trouble par ses propos « révolutionnaires ». Il ne présente pas de signes organiques et l'état général reste bon. Quelque temps après, nouvelle lettre au médecin.

Le 14 mars 1926.

CHER DOCTEUR,

Mon essai de travail a échoué malgré mon désir et ma volonté. Je vous expliquerai ce qui s'est passé plus loin. J'avais cependant une grande confiance en vous, cette confiance n'est nullement diminuée et je vous supplie de faire de moi un bûcheur.

Il faut d'abord admettre que je suis bien doué pour les sciences et capable d'acquérir une autorité. Le témoignage de tous mes professeurs le prouve et en particulier celui de mon actuel professeur qui me déclare capable d'arriver au niveau de l'X en 3 mois.

Mes goûts sont fortement orientés dans ce genre d'études. L'année dernière, je me suis renseigné sur toutes les écoles et j'ai causé à d'anciens polytechniciens. L'Ecole Polytechnique étant incontestablement supérieure, mon choix s'est porté sur elle. Mes capacités m'ont même autorisé à prendre pour but de devenir « bottier ». La puissance de travail, la mémoire et la volonté sont aussi utiles que l'intelligence pendant ces deux années d'un travail d'une *intensité formidable.* Celui qui réussit acquiert le titre d'ingénieur de l'Etat, avec tous ses avantages et son avenir. Mais évidemment il est nécessaire d'avoir une santé parfaite en entrant à l'Ecole (d'ailleurs un ancien X me l'a dit). Depuis longtemps je fais tous mes efforts et mets *toute mon ardeur* à devenir « bottier ». Le contraste entre ma santé incertaine et cette nécessité d'entrer à l'X parfaitement bien, m'a amené à me faire une image épouvantable des petits maux dont je souffre (dyspepsie, maux de tête, insomnie) et cela depuis deux ans. D'ailleurs depuis trois ans que je souffre, j'étais persuadé que cela serait ma faiblesse de santé et non un manque de dispositions pour les mathématiques, qui pourrait me faire échouer au concours de Polytechnique. Il en a résulté que ma santé,

depuis deux ans, est ma préoccupation principale et presque exclusive du matin au soir, je règle tous mes actes sur l'hygiène, d'où la manie des piqûres, des régimes, etc... Depuis l'hiver 1924-25, les médecins me reconnaissant à peu près reconstitué, m'ont laissé jusqu'à ces derniers temps sans soin, mais depuis je n'ai pu arriver à me guérir de l'insomnie.

Il est bien évident qu'on ne peut devenir bottier de l'X si on rentre à Polytechnique avec de l'insomnie et de la dyspepsie.

Les médecins m'ayant livré à ces petits maux, il en est résulté pour moi une sensation d'abandon, autrement dit : j'ai perdu depuis longtemps la confiance et l'optimisme.

Quand vous m'avez dit de travailler, je vous ai cru et j'ai fait ce que j'ai pu. L'échec s'est passé d'une manière identique aux cinq ou six tentatives antérieures de cet hiver (pendant lequel j'ai vu 5 ou 6 médecins en qui j'ai cru comme en vous). Les trois premiers jours, travail moyen avec inquiétude quand je souffre de l'estomac et maux de tête les jours suivants, perte de sommeil, maux de tête plus violents m'empêchant de travailler, je continue d'aller au collège, quoique ne faisant rien, puis huit jours après l'essai, je suis obligé de partir à cause de la discipline.

Voilà un mois que je ne fais rien, j'ai vécu dans une inquiétude continuelle. Un grog me donne de la tristesse et de l'énervement pendant 10 jours. La pensée de vous revoir et l'espoir m'ont calmé. Voici une tactique qui m'a beaucoup séduit (ces échecs répétés de travail peuvent amener à en changer).

1° Le but à atteindre serait une *cure radicale* au bout de laquelle je ne devrais plus avoir ni maux de tête, ni de dyspepsie, ni de faiblesse cérébrale.

2° Il faudrait d'abord que vous causiez avec moi de vos projets et m'indiquiez d'une façon précise et détaillée tous les projets à obtenir en me donnant la conviction qu'ils se réaliseront (grâce à des ordonnances et des conseils).

3° Les moyens évidemment indiqués par vous, mais ma mère et moi pensons qu'il sera peut-être bon de m'envoyer à la campagne ou de me mettre dans une maison de santé. Vu mon amour des médicaments, il serait peut-être bon de m'en donner beaucoup (il serait *essentiel* de me dire le résultat de chacun d'eux).

Je pourrais travailler progressivement ou bien faire du jardinage ou un métier manuel.

La durée de ce traitement étant probablement courte, je retournerai ensuite au collège. J'ai la confiance au point

de vue études, pour ce formidable concours de la botte, mais non au point de vue santé ; il me paraît *presque insurmontable* à cause de l'intensité énorme de travail à fournir.

Voudrez-vous être le soutien médical qui m'est si nécessaire et continuer à me conseiller et me surveiller pendant mes études ?

Je suis très pessimiste quant à l'avenir de ma santé, cela provient pour une part de la difficulté de causer de l'avenir avec ma mère. Voudrez-vous nous servir d'intermédiaire. Cela me remonterait aussi beaucoup le moral.

Si vous voulez connaître mon caractère, sachez que je ne suis ni un amorphe, ni un futur poseur, et que je n'ai pas d'instincts mercantiles et que plus jeune, j'étais extrêmement ardent.

Agréez, Docteur, mes compliments respectueux.

J... B...

14 juin 1926. — Il a été passer deux mois à O..., puis 15 jours à B... où il a pris des douches. Ne s'est pas présenté au concours de Polytechnique, car il se trouve toujours triste et déprimé. Il se fatigue vite, ne peut plus travailler, peut à peine lire. Il paraît lent, bizarre, discordant, indifférent. N'a plus d'idées de persécution.

Il va en vacances à C..., puis à E... Voici le texte d'une lettre qu'il écrit alors à sa mère, restée à Paris :

Hôtel des Quatre-Saisons,
E..., le samedi 18 septembre 1926,
6 heures du soir.

Ma Chère Maman,

Je me sens beaucoup mieux, calme et sans angoisse. Mais j'ai bien souffert au début de la semaine.

Aujourd'hui, pour me changer les idées, j'ai fait le tour de la moitié du lac de G. J'ai été à M. et à T., pays splendides et justement célèbres. Cela m'a fait beaucoup de bien. Peut-être que ma crise eût été beaucoup moins grave si j'avais eu ma raquette plus tôt. (Je l'ai ainsi que chèque et mandat de 300 francs).

Je voudrais que tu tiennes pour bon tout ce que je t'écris et ne pas me faire répéter. Je ne suis pas un étourdi.

E... est beaucoup moins cher, les douches me font beaucoup de bien ; la nourriture de l'hôtel excellente ; je suis aussi bien que dans une maison de santé et beaucoup mieux qu'à O...

A l'hôtel je paie 37 fr. par jour avec la douche de 6 fr., cela fait 43 fr. par jour, moins qu'à O...

Je ne pense pas être en état pour la rentrée, le 30 septembre. Cependant, comme je me sentais mieux, j'espère être guéri vers la fin du mois d'octobre et travailler ensuite.

J'ai été content de recevoir enfin une réponse à toutes mes questions, mais je trouve que tu ne sens pas assez que je suis un as, capable de faire des travaux ou des découvertes scientifiques plus tard. Il faut aussi que tu saches que je te devrai tout, et que tu auras lieu d'être fière de moi si tu m'entretiens encore pendant quatre ans, comme cela serait peut-être nécessaire, si je n'ai pas la puissance de travail de Polytechnique, qui est un genre de travail monstrueux, mais court.

Je voudrais que tu sentes que si tu ne m'entretenais pas encore de longues années, cela serait la mort pour moi. J'ai la raison de voir que, vu la vie chère et la durée, cela te sera assez dur, c'est-à-dire devra nécessiter toute ta volonté. Aussi quand tu m'écris que « tu consens » à ce que je fasse de longues études, le mot est très déplacé, c'est ta volonté qu'il faut. Encore une fois, je voudrais que tu sentes que sans toi pour m'entretenir pendant les années à venir, je serais perdu. C'est-à-dire que personne ne le ferait à ta place, et je serais obligé de travailler bêtement pour gagner ma vie au lieu d'acquérir une belle culture intellectuelle. Autrement dit, ton rôle est nécessaire et ce n'est pas un consentement.

La façon vague de t'exprimer dans ta dernière lettre et les expressions déplacées ne font pas du tout croire que tu es convaincue de tout cela, aussi écris-moi une lettre réfléchie qui me donnera la confiance et m'enlèvera le souci de t'écrire sur ce sujet.

Encore une fois, j'ignore tes sentiments et explique-toi à tête reposée, car la tâche que tu auras à faire est bien plus lourde que celle des autres mères et tu auras beaucoup de noblesse. Mais encore une fois, si tu n'étais pas là, je ne trouverais personne pour te remplacer.

Je te remercie de m'avoir envoyé *trop* d'argent. Comme cela, je pourrais rester à la rigueur un jour de plus à A... et ne serai pas obligé de me presser. C'est une grande fatigue de supprimée, je voudrais que tu fisses toujours cela.

Quand j'aurai réglé toutes mes dettes, lundi, j'aurai encore 180 fr. mais envoie-moi 100 fr. jeudi ou vendredi.

Je t'embrasse bien fort et te remercie des efforts que tu fais pour moi.

J... B...

Le 26 novembre 1926. — Il est rentré à Louis-le-Grand et se remet au travail. Il a eu d'abord 14 points à un examen, mais au suivant, il n'obtient plus que la note 10 (sur 20). Il lui semble que sa santé ne s'est pas améliorée. L'attention volontaire lui est difficile, il est instable, agité, se promène et siffle sans arrêt. Les questions le hantent encore. « Doit-il travailler beaucoup, un peu, ou moyennement ? Les préoccupations hypocondriaques persistent.

Devient injuste et agressif pour sa mère, dont il dit qu'elle ne le comprend pas.

Son état physique reste bon.

La note médicale porte l'appréciation suivante :

Schizophrénie au début.

Observation 17 : Novembre 1927.

Entré à l'Infirmerie spéciale, B... X..., âgé de 20 ans. Interrogé, le malade nous apprend qu'il est élève de St-Cyr, arrivé dans un rang honorable à l'une des dernières promotions. Peu réticent et capable d'une certaine introspection, il nous déclare en souriant avoir perdu depuis l'entrée à St-Cyr le goût du travail et l'adaptabilité aux contingences de la discipline. Dès le début, s'abattent sur lui, sous forme de jours de prison ou de salle de police, les rigueurs disciplinaires en usage. Il avoue facilement et avec sévérité les motifs qui ont nécessité les mesures prises à son égard : « C'est à cause de ma mauvaise conduite, de mon invincible paresse, et de l'impossibilité où je suis de travailler, surtout intellectuellement. » Il raconte son histoire d'un ton indifférent, et toujours en souriant. Il s'arrête brusquement au cours d'une phrase, d'un mot et semble réfléchir. Après six mois de vie indisciplinée et marquée d'actes désordonnés (s'est enfui au galop d'un cheval non sellé), il est dirigé sur le Val-de-Grâce, aux fins d'examen mental et de là renvoyé chez lui. Mais peu de temps après il revient à Paris, en fugue, n'ayant sur lui que 50 centimes. Il se fait alors arrêter pour vagabondage et filouterie d'aliments dans un café où il s'était échoué. La bizarrerie de ses réponses aux agents et au Commissaire de Police font suspecter son état mental et c'est alors qu'il passe à l'Infirmerie.

Comme nous lui faisons remarquer l'absurdité de l'acte qui motive son arrestation, il tente une ébauche d'explication tôt muée en sourire. Il a, par ailleurs, une conscience assez nette de son état morbide. Il nous dit avoir senti en lui quelque chose de brisé et attribue à sa vie claustrale du collège l'étrangeté où lui apparaît le monde objectif.

« J'ai été enfermé depuis l'âge de 12 ans. Toutes les circonstances de la vie manquent de « sel » pour moi. Tous les événements sont sur le même plan et me laissent indifférent. Tout manque de relief. »

Alors que nous lui demandions s'il n'a pas quelque regret, voire quelque honte d'avoir ainsi brisé sa carrière militaire en se rendant coupable de délits passibles de correctionnelle, il sourit, nous parle de « sa déchéance » et se répand en réflexions banales teintées de philosophie indigente. Il affirme être étranger à ce qu'on lui reproche, comme si les actes délictueux s'étaient passés en dehors de ce qui touche à sa « personnalité ». Mais cette personnalité, il ne peut expliquer en quoi elle consiste et ses réponses à ce sujet sont incohérentes. « Et puis, dit-il, on s'habitue à tout, même à la prison. » Nous abordons dans notre interrogatoire la question sexuelle : « Avez-vous aimé quelqu'un, y a-t-il en ce moment une femme qui pense à vous ? »

« Non, je n'ai jamais eu de petite amie comme mes camarades » et il attribue sans grande conviction à cette carence d'ordre sexuel une partie de ses mésaventures. Il semble avoir eu quelques troubles psycho-sensoriels dans la sphère auditive : il croit aussi avoir été persécuté par des collègues de St-Cyr qui ont influé sur sa volonté. Mais l'exposé de ces griefs reste vague et inachevé. Il semble à peine y ajouter foi : les indications qu'il peut donner restent bizarrement élliptiques.

L'attitude de B..., sa pseudo-euphorie, son sourire stéréotypé et indifférent, ses antécédents de fugues et d'indiscipline, ses réponses anidéiques font porter le diagnostic de schizophrénie.

Ces deux observations donnent bien la peinture des troubles schizophréniques et les lettres du premier malade seraient à elles seules suffisantes pour orienter un diagnostic. — Nous y retrouvons, analysés avec soin, les indéfinissables troubles qui préludent à la dissociation des fonctions psychiques. Toute l'activité dont dispose encore J. B. se porte d'instinct sur les symptômes organiques les plus tangibles, et c'est à eux qu'il attribue tout l'ensemble des autres malaises physiques et mentaux dont il souffre. Il fera ce qu'on voudra pourvu qu'on le libère de cette étreinte morbide contre laquelle ce qui demeure encore de ses ambitions, de

son amour-propre et des ressorts de sa vie affective, réagit et se révolte.

Il demande des soins exacts, une cure « radicale », il lui faut dire à l'avance quel sera l'effet des médicaments choisis. Il y a dans cette recherche de la précision, en même temps que le souci obsédant de la santé déchéante, le besoin pour le psychisme qui sombre, de bouées de sauvetage méticuleusement situées où il peut encore s'accrocher quelque temps. Le besoin d'exactitude reste le seul tuteur d'une pensée qui fléchit. C'est la dernière ressource mise en œuvre pour tenir assemblés les matériaux intellectuels et affectifs qui menacent ruine, pour donner un moment le change à un esprit déjà incapable de nouvelles acquisitions et de concepts pratiquement réalisables. C'est une stéréotypie qui lui reste au milieu d'autres mécanismes déjà entamés par le processus de désagrégation. Elle se trouve imposée par ledit processus sans participation ou presque de la volonté réfléchie.

La dernière lettre de J. B. met en évidence par les critiques malveillantes adressées à la mère, cette perte de l'affectivité qui est un des meilleurs symptômes du début.

L'insistance avec laquelle notre malade fait à la fois des reproches et des compliments, apparaît déjà bizarrement contradictoire. Cette impossibilité où se trouve B. de placer la conversation épistolaire sur le plan pratique, de répondre du point de vue utile, de donner en même temps le tour affectueux à cette correspondance, pour en venir à discuter longuement et injustement le terme « je consens » employé par sa mère dans une lettre précédente, tout cela prouve l'incoordination, l'impossibilité de concevoir un but utilisable. L'incapacité d'une mise en œuvre répondant aux exigences de la vérité. Nous ne saurions trop apprécier la justesse de la définition « Perte de contact vital avec la réalité » à condition de préciser qu'il s'agit aussi bien de réalité intérieure qu'extérieure. S'il est vrai que le schizophrène croit se mouvoir dans un monde qu'il ne reconnaît plus, où les êtres et les cho-

ses ont perdu leur valeur affective, comme un tableau dont les couleurs se sont effacées, il faut admettre que cette décoloration va s'étendre également au monde des acquisitions qui constituaient sa personnalité. Plus ou moins rapidement, ce sera, au dedans comme au dehors, l'immobilité, le froid et le vide. On a trop tendance aujourd'hui à détacher ce groupe de malades des autres déments précoces. Et cependant, à bien des égards, ils peuvent être considérés comme des espèces d'un même genre. Les efforts qu'on a pu faire pour les isoler en un groupe autonome n'ont valu que dans le domaine psycho-pathologique et, à notre sens, on a trop négligé dans ce travail d'émancipation les liens organiques qui l'apparentent aux malades des autres catégories. Nous avons dit qu'il semblait que les schizophrènes fussent plus épargnés par les tares dégénératives héréditaires. Ce n'est souvent qu'une apparence. Car en fouillant soigneusement dans les antécédents familiaux, il est rare de ne pas trouver chez les générateurs au premier ou au second degré, une tuberculose, une syphilis, une psychopathie, qui, sans donner la clé du problème étiologique, affirme un terrain morbide, auquel il est difficile de ne pas accorder une influence, sans préjuger de l'action de cette dernière. Chez J. B., par exemple, la notion de tabès chez le père, donc d'hérédo-syphilis chez le sujet, nous paraît jouer presque à coup sûr un rôle dans l'apparition et le développement du processus schizophrénique.

Certains auteurs accordent au *surmenage* une grande importance dans l'étiologie de la démence précoce.

Le surmenage, du moins le surmenage physique est « Le fait d'imposer à l'organisme un travail au dessus de ses possibilités habituelles ». Mais ce terme reste ambigu et imprécis lorsqu'on étend son acception au domaine intellectuel. Pour notre part, nous ne connaissons aucun signe précis du surmenage intellectuel et nous n'avons jamais vu d'élèves surmenés. Comme nous l'avons entendu dire à M. Georges Dumas, l'enfant et l'adolescent ont une facilité remarquable à échapper aux efforts excessifs qu'on leur demande. L'adolescent

dit surmené, est en général un élève studieux, intelligent, qui suit son penchant naturel pour l'étude et s'impose un effort librement consenti. Si l'on insiste, il échappe spontanément au surmenage et réduit son effort. Il nous paraît que le rôle attribué au surmenage dans la génèse de la démence précoce doit être ramené à de plus justes proportions. Il nous semble que le fait de voir apparaître les premiers troubles hébéphréniques à l'époque des examens et des concours est une simple coïncidence chronologique de la vie intellectuelle et n'est pas le résultat d'une relation de cause à effet.

En tout cas, le surmenage invoqué ne serait qu'un argument de plus en faveur de l'origine organique de la démence précoce, car il échapperait ainsi à une explication psychanalytique.

Enfin, l'argument essentiel qui permet de rattacher aux autres formes de la démence précoce les états schizophréniques purs est tiré de leur évolution. Ces formes aboutissent aux formes hébéphréniques et catatoniques au bout d'un temps variable.

En résumé : Cette étude clinique des voies d'entrée dans la démence précoce permet de les classer en 2 groupes principaux : 1° celles dans lesquelles la démence précoce apparaît sur un terrain dégénératif parmi des symptômes de dégénérescence mentale et somatique héréditaire ;

2° celles dans lesquelles la démence précoce évolue comme une maladie infectieuse quelquefois aiguë et massive à type confusionnel, quelquefois subaiguë ou lente à forme de troubles du caractère ou de discordance intellectuelle affective et pragmatique.

Récemment, M. Marchand se fondant sur des recherches anatomo-cliniques poursuivies depuis plusieurs années, considère du point de vue anatomique, deux catégories de déments précoces :

1° Ceux chez qui l'on trouve des malformations, atrophies ou dystrophies congénitales des cellules cérébrales. Ces sujets ont hérité d'une complexion cellulaire imparfaite disposée pour l'évolution du processus à

venir. Celui-ci est ultérieurement déterminé par des causes malformantes exogènes où survient spontanément dans un tissu nerveux insuffisant et condamné à disparaître.

2° Ceux où l'examen histologique révèle un processus d'encéphalite ou de méningo-encéphalite avec lésions inflammatoires diffuses ou circonscrites, semblables aux lésions produites par les agents toxi-infectieux habituels. Ces toxi-infections lèsent accidentellement un cerveau exempt ou non de toute morbidité héréditaire ou acquise.

« Ainsi, au point de vue anatomo-pathologique, on peut décrire deux processus encéphaliques différents aboutissant tous deux au syndrome de la démence précoce, un processus purement dégénératif, un processus présentant un caractère toxi-infectieux. » Il y a des cas où les processus peuvent s'associer. M. Marchand estime que la forme dégénérative est la plus commune.

Nos conclusions, tirées de la seule étude clinique, concordent avec ces recherches anatomo-pathologiques. Il y a plusieurs années que, dans son enseignement, l'un de nous insiste sur ces deux modes évolutifs de la démence précoce qui ont été récemment exposés par Bouyssou dans sa thèse.

Il semble que les espoirs et les affirmations donnés par les psychanalystes de guérir la démence précoce au début par la mise à jour des complexes affectifs dont les symptômes morbides ne sont que le symbole ont été sans résultat.

Pour notre part, nous pensons que la thérapeutique qui produira de profitables effets dans la mesure où elle attaquera l'affection à ses débuts, sera conforme à ce que nous enseigne le traitement des maladies générales. Cette méthode doit s'appliquer aux maladies mentales qui ne sont qu'un chapitre de la pathologie générale.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1929

Présidence de M. JANET, Président

Assistent à la séance : Mme Minkowska, MM. P. Abély, X. Abély, Baruk, Bonhomme, Demay, Hesnard, Lauzier, membres correspondants.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Le président donne lecture des lettres de MM. Capgras, vice-président et H. Colin ,secrétaire général qui, souffrants, s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. R. de Saussure qui sollicite le titre de membre correspondant. La Société nomme une Commission composée de MM. le professeur Claude, de Clérambault, René Charpentier, rapporteur.

Rapport de la Commission nommée au sujet de la délivrance, par les pharmaciens, de l'Elixir parégorique.

M. Beaudouin. — La Commission, nommée après la récente communication de M. Trénel sur l'opiomanie par Elixir parégorique, — et composée de MM. Trénel, de Clérambault, Dupouy, Mignot et Beaudouin, — s'est, après discussion, rangée aux conclusions suivantes, qu'elle soumet à votre approbation :

La délivrance trop facile et en quantité exagérée, d'élixir parégorique, est susceptible de favoriser, non seulement l'opiomanie, mais l'intoxication par l'alcool, et l'essence d'anis, substance à nocivité spéciale. L'in-

toxication par élixir parégorique paraît toutefois être d'une fréquence limitée.

Il est apparu à la commission que les mesures éventuelles à formuler en un vœu de la société ne devaient pas aboutir à une réglementation outrancière et se rapprocher des solutions récemment acceptées par la Société de Médecine Légale sur le même sujet.

L'étude de la réglementation actuelle nous a permis de souligner l'intérêt des dispositions d'un arrêté ministériel récent (20 juillet 1927) portant inscription au « tableau C » de diverses substances médicamenteuses contenant des substances des tableaux A et B. et parmi lesquelles l'élixir parégorique est expressément désigné. D'après le tableau annexé, en ce qui concerne l'élixir parégorique, le « poids total maximum de substance contenue dans le récipient remis au public » est de 40 grammes. Il existe ainsi une limitation intéressante à la coutume qui s'est établie en fait de délivrer l'élixir parégorique sans ordonnance (MM. Balthazard et Tiffeneau ont souligné d'ailleurs qu'en droit strict, toute délivrance de médicament nécessite une ordonnance médicale).

En présence donc de cet état de choses, nous avons cru devoir vous proposer une action limitée et pratiquement réalisable : elle consisterait à demander — selon un précédent dont nous avons pu trouver trace — à la Préfecture de Police de bien vouloir toucher, par une circulaire rappelant les dangers mis en valeur par nos observations médicales, les groupements syndicaux des pharmaciens exerçant dans le département de la Seine. Nous avons pu nous assurer, d'autre part, qu'une campagne parallèle pourrait être faite dans une revue scientifique de pharmacie.

La Commission vous propose, en conséquence, d'adopter — tout en réservant l'avenir — nos conclusions actuelles.

La Société adopte à l'unanimité les conclusions de la Commission, qui est chargée de poursuivre les démarches nécessaires.

Le signe du miroir dans la Démence précoce

par M. F.-Achille DELMAS

Nous apportons une modeste contribution à la sémiologie de la Démence précoce, déjà si riche, en décrivant sous le nom de signe du miroir, un symptôme que nous ne croyons pas avoir été encore décrit (1) et que nous avons rencontré cependant d'une façon assez fréquente dans ces dernières années.

La première fois que nous l'avons observé, c'est au cours de l'année 1924, simultanément, chez deux déments précoces au début de leur affection. Le premier était un jeune homme de 29 ans que nous avons suivi avec le Dr Gorra et qui est actuellement au pensionnat de Ville-Evrard. L'évolution a donc confirmé le diagnostic et le malade présente encore, à l'heure actuelle, le signe qui nous occupe. La seconde était une jeune fille de 18 ans, à nous adressée par le Dr Marchand, qui a suivi la malade depuis le début jusqu'à la mort survenue accidentellement après plusieurs années d'évolution.

Enfin, au cours de 1928, nous avons retrouvé le symptôme au complet chez trois jeunes gens, tous trois au début de l'affection et respectivement âgés de 20 ans, 18 ans et 26 ans. Nous avons suivi le premier avec la collaboration du Dr Rogues de Fursac et le diagnostic nous a paru certain. Mme le Docteur Iménitoff a reconnu la Démence précoce chez le second et le Dr Gilbert Robin chez le troisième. Ils ont été en observa-

(1) Ce n'est qu'au cours de la discussion qui a suivi cette communication et par conséquent alors qu'elle était écrite que nous avons eu connaissance du travail de M. Paul Abély, dans lequel cet auteur a signalé le signe du miroir et annoncé son intention de le décrire ultérieurement. (P. Abély : *Etats schizophréniques et tendances homosexuelles*. Société Médico-Psychologiques, séance du 18 juillet 1927.

tion pendant longtemps dans notre service et la nature de l'affection a été nettement confirmée.

Or, chez tous ces malades, nous avons relevé le signe du miroir, tel que nous allons le décrire avec ses caractères très particuliers.

Il s'agit, comme le nom proposé l'indique, de la tendance qu'ont les malades à s'examiner et s'étudier longuement et minutieusement dans les miroirs ou les glaces. Le temps donné à cette sorte d'examen est de plus en plus considérable ; les malades s'y attardent pendant de longs moments, parfois pendant plusieurs heures consécutives ; ils finissent par y passer la plus grande partie de la journée. Au début, ils s'appliquent à le faire en cachette, à la dérobée, lorsqu'ils sont seuls dans leur chambre ou leur cabinet de toilette. S'ils sont surpris, ils suspendent leur attention à la glace, prennent un air indifférent ou inoccupé, mais y reviennent dès qu'on les laisse. Si on leur déclare qu'on a surpris leur manège, et si on les interroge, ils nient ou répondent évasivement ; même en insistant, on n'obtient d'eux que des aveux très partiels, et jamais une explication nette et sincère...

Ce n'est que lorsque le malade a été surpris un grand nombre de fois et ne peut plus nier l'évidence, ou lorsqu'il n'est pas laissé seul et vit avec un être habituel comme l'infirmier ou l'infirmière ou, enfin, à la longue quand l'habitude est devenue très forte qu'il ne se cachera plus et finira par se livrer devant témoin à la contemplation dans le miroir.

Soit qu'on l'observe à ce moment de son évolution, soit plus tôt, quand il a encore besoin d'être seul, on voit qu'il ne s'agit pas d'un simple regard à la glace, mais, au contraire, d'un examen très attentif, très soutenu, très minutieux. Le malade s'approche très près de la glace, au point de la toucher ; il s'en éloigne et s'en rapproche fréquemment ; mais, le plus souvent, il reste tout proche, paraissant rechercher un point minuscule sur la peau de son visage ; il se regarde de face et de profil, tantôt à gauche, tantôt à droite ; il

fait contracter de multiples façons les muscles du visage, fronçant et défronçant les sourcils, plissant et déplissant le front, gonflant et dégonflant les joues, faisant la moue avec les lèvres, les écartant pour découvrir les dents, etc..., etc... Il essaie toutes sortes de mimiques variées, tantôt figé, tantôt souriant discrètement, tantôt riant bruyamment. Il contrôle la vue par le toucher, et de sa main palpe, masse, frotte, tire ou aplatit les diverses parties du visage ; souvent même, avec ses doigts posés sur la glace, il essaie de toucher le visage reflété devant lui. Il recommence indéfiniment son observation en variant continuellement l'éloignement ou le rapprochement de son visage et du miroir, les grimaces, les mimiques et les contrôles du toucher. De temps en temps, il s'interrompt, reste figé regardant à terre ou devant lui, ou fait quelques pas ; mais assez rapidement il revient au miroir et reprend son examen interminable. Notre premier malade, G..., passait surtout son temps à rire bruyamment devant le miroir, et c'était à peu près la seule occupation de sa journée. Grand fumeur, il se regardait porter la cigarette à sa bouche, l'en retirer et lancer la fumée devant lui ; avec son rire incessant, il paraissait énormément s'amuser à cet exercice.

Notre deuxième malade passait toute sa matinée devant son miroir. Elle y retournait dans l'après-midi, dès que le déjeuner, le goûter, le bain ou la promenade finis elle en avait la possibilité. Notre troisième malade passait sa journée devant la glace qui était placée sur la cheminée de sa chambre ; il s'en laissait détacher assez facilement, mais y revenait dès qu'on le laissait livré à lui-même. A notre quatrième malade nous avons supprimé la glace de la chambre ; il a alors adopté le cabinet de toilette dans lequel il se réfugiait continuellement. Le dernier de nos malades, avant d'entrer dans notre service, avait pris l'habitude, au domicile de ses parents, de se glisser dans la chambre de ceux-ci afin d'utiliser l'armoire à glace, et les parents mirent assez longtemps à découvrir la raison de sa présence continuelle dans une autre chambre que la sienne.

Le signe du miroir, tel que nous venons de le décrire, paraît donc par sa forme, sa continuité et sa durée revêtir un ensemble assez caractéristique.

A deux autres points de vue, il nous paraît encore présenter un certain intérêt.

D'abord, il constitue un signe précoce. Dans nos cinq exemples il a été contemporain des premiers troubles ; nous l'avons observé alors que nos malades n'avaient présenté d'anomalies que depuis quelques semaines ou quelques mois et à un moment donné où le diagnostic était difficile à poser et à affirmer.

D'autre part, nous ne l'avons rencontré que dans des formes à début simple sans hallucinations, sans délire polymorphe, sans crises franches d'excitation ou de dépression hébéphrénique ou catatonique. Les hallucinations auditives n'ont apparu que chez le premier de nos malades, et assez longtemps après la constatation en signe du miroir. Chez tous, il n'y a eu pendant longtemps que des symptômes peu bruyants quoique caractéristiques : indifférence, apathie, bizarreries de la conduite, des propos, de la mimique ; préoccupations hypochrondriaques, fugues, troubles de l'humeur, impulsions, automatismes simples, dissociation psychique progressive.

Nous pensons donc que le signe du miroir quand il existe est une marque de diagnostic sûr et précoce, dans le début des formes simples qui sont les plus malaisées à diagnostiquer tôt.

Reste l'interprétation du symptôme lui-même. Ici, nous ne pouvons faire que des hypothèses. Il est impossible, en effet, d'obtenir des malades des réponses un peu précises et capables d'apporter une explication. Lorsqu'ils ont renoncé à nier, ils ne donnent plus que des réponses évasives. Nous en rapportons ici quelques-unes : « C'était sans le faire exprès... » « Cela n'a pas d'importance... » « Je ne recommencerai plus. » « C'est pour passer le temps... » ou « ...pour m'amuser », etc... Quelques réponses sont franchement absurdes : « C'est pour voir le soleil... »

« C'est pour grandir... », etc... D'ailleurs, les déclarations obtenues varient pour un même sujet, non seulement d'un jour à l'autre, mais encore d'un moment à l'autre. Ce qui paraît vraisemblable, c'est qu'ils agissent ainsi d'une façon impulsive et sous l'influence de mobiles dont ils n'ont pas une conscience claire.

Si les patients sont incapables de nous renseigner, peut-être ne paraîtra-t-il pas trop hasardeux, d'étayer une interprétation plausible sur les constatations suivantes.

D'une part, il s'agit de malades qui sont au début de leur affection, c'est-à-dire à ce moment où l'invasion des premiers symptômes d'automatisme les trouble, les étonne et même les inquiète ; d'autre part, ils ne sont pas encore assez affaiblis intellectuellement pour n'avoir pas conscience du changement qui se produit en eux, ni assez indifférents au point de vue affectif pour ne pas s'en préoccuper ; enfin, précisément parce qu'il s'agit de formes simples, il n'y a pas encore d'explication interprétative, de délire justificatif. Pour toutes ces raisons, il paraît assez légitime d'admettre que le signe du miroir du dément précoce répond à une curiosité, ou même à une inquiétude sur ce qu'il ressent d'inaccoutumé et d'anormal en lui et par conséquent un besoin de vérifier son état nouveau et de rechercher ce qui peut le lui révéler et le lui expliquer. En tous cas, toutes les manifestations qui accompagnent et caractérisent le signe du miroir nous paraissent suggérer de la façon la plus nette une telle interprétation. Inversement, ces manifestations rendent beaucoup moins vraisemblable l'hypothèse d'une simple stéréotypie qui se serait accidentellement portée sur l'examen répété au miroir. Il est possible, qu'à la longue, un élément de répétition purement automatique puisse intervenir pour perpétuer le signe du miroir, mais, au début au moins, ce signe nous paraît avoir un certain caractère logique et répondre à l'étonnement, plus ou moins inquiet, que le malade éprouve au sujet du changement survenant en lui.

Discussion

M. Janet. — J'ai observé assez souvent des malades présentant le signe du miroir. Je me souviens même d'avoir été obligé de faire mettre des toiles grises devant les glaces d'une maison de santé pour empêcher une malade très déprimée de se regarder constamment. Elle est actuellement guérie depuis trois ans ; ce n'était pas une démente précoce.

Le signe du miroir s'observe au cours d'un état d'inquiétude un peu spécial avec des doutes sur la vie et sur la personnalité.

M. Séglas. — M. Delmas signale que le signe du miroir persisterait pendant des années. J'ai un malade qui l'a présenté pendant très longtemps ; il a continué son évolution de dément précoce, mais le signe du miroir a disparu. Ce signe n'est pas du tout pathognomonique de la démence précoce. Je me rappelle un malade confus qui a guéri complétement, qui est mort longtemps après sans avoir présenté de récidive ; pendant très longtemps, il avait eu le signe du miroir faisant tous les gestes décrits par M. Delmas. Il avait également des inquiétudes, des doutes constants sur lui-même et sur sa personnalité.

M. P. Abély. — Il y a quelques mois, j'avais annoncé une communication sur le signe du miroir. J'en ai déjà 30 observations. On l'observe dans la psychasthénie, certains états dépressifs, la démence précoce au début. Chez les hommes, il persiste longtemps et s'associe au maquillage. Plusieurs de ces sujets présentent des tendances homosexuelles. Dans la psychasthénie ou la mélancolie, le signe du miroir s'explique par le sentiment de dépersonnalisation. Dans la démence précoce, c'est un signe d'alarme.

M. Hesnard. — Je suis, depuis trois ans, une schizophrène fruste qui ne présente que de la puérilité et du mutisme. La famille m'avait signalé elle-même le signe

du miroir. Alors que les psychasthéniques sont poussés à s'observer dans une glace par anxiété, les déments précoces le font sans angoisse et quelquefois par amusement. Je crois que ces déments précoces sont souvent des narcisses.

M. Revault-d'Allones. — Dans les psychoses d'involution présénile on retrouve assez souvent ce signe. Les malades font des grimaces devant la glace, regardent si elles ont une tête de folle ou une tête de monstre.

M. Courbon. — Pour qu'il soit symptomatique de démence précoce, il faut que ce geste ait les caractères démentiels, c'est-à-dire qu'il soit arbitraire, sans correspondance idéo-affective. Je l'ai rencontré deux fois comme expression d'un délire hypocondriaque chez des hommes arrivés à la présénilité dont l'un débile mental avait la sensation que ses oreilles avaient la forme de celles d'un âne, et dont l'autre surveillait sur sa langue les progrès de sa maladie ; une fois comme moyen de défense contre le doute chez une psychasthénique très intelligente et coquette qui lors de ses accès avait entre autres phobies celles d'une fissure des dents.

M. Minkowski. — Le signe du miroir a quelque chose de particulier. Les malades n'arrivent pas à préciser pourquoi ils regardent leur image. En ce qui concerne l'explication, je constate avec plaisir que les idées de M. Delmas et les miennes concordent.

Les idées de Bergson en psychopathologie

par E. MINKOWSKI

La Société médico-psychologique consent parfois à délaisser le champ de ses recherches cliniques, pour rendre hommage à ceux des maîtres des disciplines voisines qui, par leur pensée, ont su exercer une influence sur la psychopathologie. C'est ainsi que notre collègue Courbon commémorait ici même, au mois de juillet 1928, le centenaire de la naissance de Taine. Aujourd'hui, l'attribution du prix Nobel à Bergson nous permet l'occasion de nous associer à l'hommage que la France toute entière rend à un des penseurs les plus originaux et les plus pénétrants de notre époque. C'est en psychopathologues que nous le ferons, en essayant de nous inspirer de ce que M. Janet nous disait l'autre jour sur les relations de bon voisinage entre la philosophie et la médecine mentale.

Des essais d'appliquer les idées bergsoniennes aux données psychopathologiques ont été faits de divers côtés. Je rappelle ici le mémoire de Quercy sur une théorie bergsonienne des hallucinations, paru en 1925 ; je rappelle également un travail plus récent de notre collègue belge de Greeff sur le même sujet, où une très large part est faite à la notion de l'organisation et de l'interpénétration des états de conscience dans le temps ; je rappelle aussi que Dide et Guiraud, d'une part, et Mott, de l'autre, ont parlé, à propos de la démence précoce, d'affaiblissement de l'élan vital; je cite enfin l'ouvrage important de von Monakow et Mourgue : « Introduction biologique à l'étude de la neurologie et de la psychopathologie », dans lequel à maints endroits on retrouve l'empreinte de Bergson. Pour ma part, j'ai cru préférable de donner aux recherches entreprises dans ce sens une orientation purement psychologique, sans préjudice d'ailleurs

pour la base biologique des phénomènes étudiés, et en même temps, au lieu de me borner à des questions de détails, comme celle de l'hallucination par exemple, de prendre pour point de départ ce qu'il y avait de plus essentiel, ce qui constituait le noyau central, pour ainsi dire, de la philosophie de Bergson.

L'intuition et l'intelligence, le vivant et le mort, le fluent et l'immobile, le devenir et l'être, le temps vécu et l'espace, telles sont les diverses expressions des deux principes fondamentaux qui, d'après Bergson, gouvernent notre vie et notre activité. En réalité, ces deux principes s'harmonisent fort bien. L'intuition et l'intelligence se rejoignent à la poursuite d'un but commun, le devenir se déploie sans heurt dans l'être, et l'être supporte, sans être réduit en cendres, le contact du devenir. Il a fallu l'intuition géniale d'un grand philosophe pour disjoindre ces deux principes. Mais en est-il de même encore là où la vie se désagrège sous l'influence de facteurs pathologiques ? Il paraît *à priori* probable que ces facteurs peuvent frapper d'une façon élective les deux principes en question, et nous arrivons ainsi à supposer deux grands groupes de phénomènes psychopathologiques : l'un caractérisé par une défaillance des facteurs intuitifs et par une hypertrophie morbide des facteurs rationnels, l'autre présentant un état de choses diamétralement opposé au premier.

Le premier groupe se laissa constituer sans trop de difficulté. Ce fut tout d'abord le rationalisme morbide que nous décrivions, avec M. Rogues de Fursac, en 1923. Nos idées furent reprises et développées depuis par de Greeff dans un travail sur l'abstraction morbide, avec de nombreuses observations à l'appui. D'autre part, en collaboration avec Mme Minkowska, j'étudiais la pensée spatiale des schizophrènes. Je n'insiste pas davantage sur ces questions, ayant eu l'occasion de les exposer en détails ici même.

Passons donc au deuxième groupe de phénomènes psychopathiques dont nous faisions pressentir l'exis-

tence tout à l'heure. Mais ici, les difficultés ne tardent pas à surgir. Ce groupe ne se laisse pas dégager aussi aisément de l'ensemble des troubles mentaux que le premier. D'ailleurs, à la réflexion, cela ne nous surprend pas outre mesure ; l'idée que la raison est entourée, comme d'une frange, de facteurs intuitifs, susceptibles de rendre son fonctionnement infiniment souple et adaptable aux exigences du moment, et que la défaillance de cette frange vivante va de pair avec une rationalisation et une dégradation de la vie mentale et de l'activité du sujet, cette idée, disons-nous, nous paraît plausible ; par contre, il est difficile, pour ne pas dire impossible, de se représenter une activité mentale péchant par excès d'intuition. Mais aussi pourquoi vouloir à tout prix imposer à la nature l'idée de symétrie absolue, qui, elle-même, au fond, n'est qu'une vue de notre esprit de géométrie ?

Les comparaisons pourtant sont utiles ; ce n'est qu'en opposant des faits ou des groupes de faits les uns aux autres que nous arrivons à mettre en relief leurs caractères essentiels. Aussi essayai-je tout d'abord, en collaboration avec Tison, de comparer, du point de vue qui nous intéresse ici, les schizophrènes aux malades atteints d'affaiblissement intellectuel et plus particulièrement aux paralytiques généraux. Un fait banal d'apparence nous servit de point de départ. A la question : « Où êtes-vous ? », le paralytique général, arrivé à la période démentielle, répond souvent : « Ici », en indiquant, si l'on insiste, du doigt ou du pied, l'endroit où il se trouve ; à cette réponse, il est facile d'en opposer une autre, celle où le sujet nomme exactement l'endroit où il est, mais ajoute qu'il ne se sent pas à la place qu'il occupe, qu'il ne se sent pas dans son corps, que le mot « J'existe » n'a pas de sens précis pour lui.

Deux séries de troubles semblent se dessiner ainsi devant nous, l'une portant en premier lieu sur les données statiques recueillies par la mémoire et nous permettant de nommer l'endroit où nous nous trouvons, l'autre portant sur le phénomène fondamental et irré-

ductible du « Moi-ici-maintenant » que le moi agissant pose devant lui-même, en en faisant un point absolu, un véritable centre du monde. Cette piste se laisse poursuivre. A la question : « D'où venez-vous ? », le paralytique général répondra : « De là où j'étais avant », en indiquant ainsi que la trame dynamique du changement de lieu reste intacte et vivante chez lui. Le schizophrène et le schizoïde se plaindront souvent, quand ils ont un voyage à faire, que le train va trop vite, qu'ils n'ont pas eu la possibilité d'enregistrer toutes les stations et tous les objets devant lesquels ils ont passé et qu'ils ne se sentent pas pour cela tout à fait d'aplomb à l'endroit où ils sont arrivés ; nous dirons, qu'incapables d'assimiler le facteur dynamique du mouvement, ils cherchent à le ramener à des points juxtaposés de l'espace parcouru et se sentent mal à l'aise quand ils n'y arrivent pas. Les faits de cet ordre se laissent multiplier à volonté ; ils nous faisaient résumer nos résultats dans la formule suivante : ce sont les facteurs statiques qui font avant tout défaut aux paralytiques généraux, tandis qu'au contraire, chez les schizophrènes, c'est le dynamisme mental qui fléchit en premier lieu. Nous estimions d'ailleurs qu'il ne pouvait être question là que d'un aperçu provisoire et schématique.

Cette réserve était prudente, car, avec le temps, nous dûmes nous-mêmes formuler quelques objections, cela sans préjudice d'ailleurs pour les faits qui avaient été mis en relief ainsi. Voici quelques-unes de ces objections : 1° le fond mental des paralytiques généraux n'est pas tant déterminé par une défaillance de facteurs rationnels au sens bergsonien du mot que par des troubles de la mémoire ; 2° les notions se rapportant au temps, dont nous eûmes à nous servir dans nos comparaisons, comme : avant et après, tout de suite, moi-ici-maintenant, succession immédiate, etc., ces notions ne sont pas non plus directement superposables à la durée vécue de Bergson, celle-ci visant un phénomène bien plus primitif, bien plus général, bien plus immédiat que celles-là ; enfin 3° la clinique oppose à la

schizophrénie, en ce qui concerne avant tout la façon d'être par rapport à l'ambiance, non pas l'affaiblissement intellectuel, mais la folie maniaque-dépressive. Loin de pouvoir s'arrêter sur les positions conquises, il a fallu fournir un nouvel effort pour les situer sur un plan d'ensemble.

C'est ici que ressort toute la différence entre le point de vue métaphysique et le point de vue scientifique. Pour notre travail de détail, pour une psychologie et une psychopathologie du temps, il nous faut nécessairement faire appel à des phénomènes plus analytiques, plus éloignés de la réalité immédiate que ne l'est la durée vécue ; il nous faut, si nous osons nous exprimer ainsi, de la monnaie de billon. Mais cette monnaie, comment la trouver, sans rien perdre de la durée vécue et surtout sans lui substituer de suite l'idée spatiale du temps mesurable ?

Voici, je crois, comment nous pouvons procéder. Bergson a opposé le temps vécu à l'espace ; il insistait également sur ce que la physique assimilait d'emblée le temps à l'espace, en se le représentant sous forme de points rangés sur une ligne droite. Cette assimilation d'ailleurs n'est pas étrangère au sens commun, non plus ; nous n'avons pas de peine à constater avec quelle facilité nous arrivons, sans faire de la physique le moins du monde, à penser le temps sous forme de ligne droite, et des expressions comme : dans l'espace d'un mois, sont d'un usage courant. L'assimilation du temps à l'espace ne semble donc pas être uniquement un artifice de notre pensée, mais se produire de façon naturelle. D'ailleurs, si le temps était absolument étranger à l'espace, notre pensée n'eût jamais été capable d'en faire une quatrième dimension de celui-ci. Il faut donc qu'entre la durée vécue et son aspect purement spatial viennent s'échelonner des phénomènes ressortissants et à l'une et à l'autre, et formant la trame d'un passage successif entre eux. La perspective d'une analyse complète et systématique des phénomènes se rapportant au temps semble maintenant s'ouvrir devant nous.

Nous ne pouvons évidemment pas nous étendre davantage sur ce point. Nous nous bornerons à un seul exemple, que d'ailleurs nous exposerons très sommairement.

Quand il s'agit d'analyser notre vie par rapport au temps, on a la tendance à la ramener à la notion du « maintenant », qui, seul, semble-t-il, est susceptible de revendiquer pour lui l'attribut de réalité, tout le reste n'étant que l'effet de la mémoire, venant rattacher à ce maintenant tout ce qui, tant soit peu, paraît ne plus lui appartenir. Le « maintenant » est incontestablement un des phénomènes essentiels se rapportant au temps ; mais, quand, pour sauvegarder la continuité du temps, ont fait intervenir la mémoire pour rattacher au maintenant tout ce qui le déborde, nous devons nous demander si ce n'est pas là une simple vue de notre esprit rationalisant. En réalité, si nous nous adressons aux données de la conscience, nous voyons que le maintenant s'intègre au temps d'une tout autre façon. Le « maintenant » est loin d'intervenir d'une façon continue dans notre vie ; tout au plus y marque-t-il de temps en temps le début ou la fin d'une action (maintenant je viens de faire ou maintenant je vais faire), mais même là, il immerge dans quelque chose de plus vaste et de plus homogène que lui, dans un *présent* aux contours mobiles et extensibles, allant, comme par cercles concentriques, du présent plus ou moins limité par delà l'aujourd'hui jusqu'à l'ère présente, susceptible même de dépasser une vie individuelle. Ce passage constant du maintenant au présent, loin d'être dû à la mémoire, semble bien davantage être l'effet de quelque chose de diamétralement opposé à celle-ci et que nous pouvons appeler la *fonction de déploiement dans le temps*. Grâce à ce déploiement dans le temps, le présent nous paraît plus étendu, plus homogène, plus stable, plus spatial que le maintenant, et c'est dans ce présent que nous vivons. Ce qui vient d'être dit sur le maintenant dans ses rapports avec le présent se laisse, je crois, appliquer *mutatis mutandis*

aux phénomènes de succession immédiate et de réitération de successions semblables, ainsi qu'à une série d'autres couples de phénomènes se rapportant au temps.

Mais revenons à la psychopathologie. L'excité maniaque reste en contact permanent avec le monde ambiant, contrairement au schizophrène excité, mais ce n'est pas un contact accru par rapport à celui de l'individu normal, non, c'est un contact singulièrement défiguré et étriqué. Aussi, si Bleuler dit que l'excité maniaque absorbe avec avidité le monde extérieur, nous pouvons ajouter qu'il l'absorbe avec une telle avidité qu'il ne s'en pénètre plus du tout. Le maniaque ne constitue plus de présent (1) dans ses rapports avec l'ambiance et son contact avec elle est instantané, reste limité au maintenant. Cela fait justement que son activité n'est pas simplement une activité plus rapide que la nôtre — ce qui, de nos jours où nous mesurons le progrès d'après la vitesse avec laquelle tournent les hélices de nos avions, constituerait un avantage incontestable — mais bel et bien une activité profondément dégradée. Ce déficit caractéristique se reflète d'ailleurs non seulement dans la fuite des idées du maniaque, dans la façon dont il répond aux appels venant du dehors, dans la préférence qu'il donne dans ses dires à la forme grammaticale du présent, mais encore dans quelques réactions qui se laissent recueillir parfois en dehors des symptômes cliniques habituels. Je réussis à fixer l'attention d'une maniaque. J'en profite pour l'interroger sur son passé, et j'apprends ainsi d'elle que son mari est allé s'installer il y a dix ans dans le Midi et que depuis il continue à s'occuper de son commerce, malgré les déboires du début. « Est-il content ? » demandons-nous à notre malade, et il est évident que le présent contenu dans notre question est quelque chose d'assez vaste et vise la synthèse des efforts fournis dans le passé, ainsi que le sentiment de satisfaction

(1) Ici nous touchons de près à la notion de présentification de M. Janet.

qui devait en résulter en cas de réussite. Il n'y a pas à s'y méprendre. Pourtant à notre question : « Est-il content ? » notre malade répond : « Quand ? A cette heure-ci ? Je n'en sais rien », et traduit ainsi son incapacité de nous suivre dans la façon dont nous constituons notre présent aux limites élastiques et mobiles.

Ce qui a été dit plus haut sur le temps dépasse d'ailleurs de beaucoup l'application que nous venons d'en faire dans le domaine de l'excitation maniaque. Nous pouvons également approfondir de ce point de vue, par exemple, la psychopathologie de la démence sénile. Ici, comme ailleurs, selon l'usage, on s'est contenté jusqu'à présent de faire ressortir surtout le côté déficitaire de cette affection ; on s'est moins occupé du caractère particulier des manifestations restantes. Pourtant, ces manifestations présentent un intérêt primordial. Or, si chez les schizophrènes la pensée a un caractère avant tout spatial et certaines prépositions de signification chronologique comme *lorsque, quand* sont remplacées souvent par des termes de valeur topographique comme *où* (Dide et Guiraud), les dires de certains déments séniles foisonnent, par contre, d'expressions se rapportant au temps. On dirait qu'ils sont hantés par le besoin de se situer constamment par rapport au temps vécu. C'est ainsi que, quand nous demandons à une de nos malades où elle est, elle nous répond : « Je suis là, *depuis* que j'ai tant d'ennuis », ou encore : « Je me suis mise là *en attendant* » ; la malade avec laquelle elle partage sa chambre est « sa bonne *pour le moment* » ; interrogée sur sa santé, elle nous répond : « Ça va bien *depuis* ce matin », quoique au fond la journée d'aujourd'hui ne diffère en rien ni de celle d'hier ni de celle d'avant-hier. Cette même tendance se retrouve dans les fabulations et les fausses reconnaissances de ces malades. On a tôt fait de considérer simplement les fabulations comme mécanismes de compensation, comme fabulations de remplissage. Mais en réalité, ce n'est pas tout à fait la même chose quand un malade ne reconnaît plus une personne qu'il

devrait connaître, ou quand, en voyant quelqu'un pour la première fois, il déclare l'avoir vu ici et ailleurs ou le connaître depuis de longues années. Un trouble de la mémoire, tel que nous le concevons d'habitude, ne postule aucunement par lui-même une tendance à la fabulation. Aussi devrions-nous nous demander pourquoi le dément sénile fabule-t-il et comment le fait-il. Je ne puis m'étendre ici davantage sur cette question ; je rappellerai seulement brièvement qu'antérieurement j'avais montré que ces fabulations se déployaient uniquement dans le temps et étaient régies ici non seulement par le principe de succession immédiate, mais encore par ceux de stabilité, de continuité, de réitération dans le devenir. Ce sont d'ailleurs ces derniers principes qui sont particulièrement caractéristiques pour ces malades ; ils font que leurs fabulations et fausses reconnaissances ne servent pas seulement à remplir le passé, comme on l'avait dit, par n'importe quels produits de l'imagination, mais qu'elles vont encore de pair avec la perte de la notion de tout ce qu'il peut y avoir de nouveau et d'actuel dans le présent. On dirait qu'ici le déploiement dans le temps privé du contrôle naturel de la mémoire s'effectue d'une façon illimitée et démesurée et homogénise ainsi outre mesure le devenir, en projetant le nouveau du présent dans un passé plus ou moins lointain.

J'aurais encore beaucoup à dire. Ainsi, j'aurais aimé parler de la notion de *synchronisme vécu* qui vise le sentiment particulier d'harmonie entre mon propre devenir et le devenir ambiant que nous trouvons dans cette sympathie universelle (au sens étymologique du mot) sur laquelle a tant insisté Bergson et qui se trouve à la base de l'instinct. Nous établirions alors sans difficulté une filiation directe entre cette sympathie universelle et les mouvements de sympathie (toujours au sens étymologique du mot) chez l'homme, mouvements qui se traduisent entre autres par la faculté de faire nôtres la peine ou la joie d'autrui et qui touchent ainsi de près la notion de syntonie, que la psychopathologie moderne

a cherché à mettre en relief. Nous aurions à examiner ensuite comment ce synchronisme se dégrade, faisant place à un sentiment de décalage de mon devenir par rapport au devenir ambiant, et comment ce sentiment devient la charpente des états de dépression mélancolique, en déterminant tout leur contenu idéo-affectif, comme j'ai essayé de le montrer d'accord avec E. Straus et v. Gebsattel, ou encore, comment, dans certains cas de mélancolie présénile ou mélancolie figée, ce sentiment de décalage se concrétise et crée ici un syndrome particulier (syndrome centrifuge) qui consiste à dire que tout le monde autour s'en va, déménage, va prendre le train ou encore que le temps est décalé dans la maison où se trouve le malade de quelques heures par rapport à l'heure courante. J'aurais aimé parler d'une façon plus détaillée de ces faits. Mais le temps, le temps mesurable cette fois-ci, m'arrête ; je crains d'ailleurs d'avoir déjà trop abusé de votre patience. Je crains aussi que vous n'ayez l'impression qu'en voulant parler de Bergson, je n'ai pas su m'effacer devant lui ; mais pour mon excuse, je puis dire que, quand il s'était agi de rendre hommage à Bergson, j'ai cru ne pas pouvoir mieux le faire qu'en disant tout ce que je lui devais dans la vie et en psychiatrie.

Discussion

M. Hesnard. — La psychiatrie doit beaucoup aux travaux des philosophes contemporains. A côté de l'influence de Bergson dont M. Minkowski vient de parler, il faut citer celle de M. Janet. On peut assimiler les sentiments de vide, d'effort, de mélancolie à des troubles de la régulation de l'action. Bergson croit que les psychopathes sont victimes d'actions rentrées. La psychologie du comportement explique beaucoup de descriptions cliniques. Beaucoup d'états affectifs et de pensées morbides apparaissent parce que le malade est incapable d'agir.

M. DELMAS. — M. Hesnard semble opposer la pensée pure et l'action.

M. HESNARD. — Ce sont deux stades différents. Si la pensée pure est un acte volontaire, elle est une action et constitue une supériorité. Si la pensée n'est que le résultat de l'incapacité d'action elle est un état inférieur.

M. DELMAS. — En écoutant la communication de M. Minkowski j'ai eu l'impression que nous faisons quelquefois dire aux malades des choses qu'ils ne pensent pas. Leurs paroles recueillies sans commentaires sont plus claires que nos explications. Quand un maniaque répond à la question : « Où êtes-vous ? », « En ce moment je n'en sais rien » c'est un simple jeu. Quand ce sénile dit : « Je suis là depuis que je suis malade », il répond comme le lui permet son déficit intellectuel. Dans la fabulation, la plupart du temps, les malades donnent la réponse la plus probable. Par exemple quand on leur demande le menu de leur déjeuner, s'ils l'ont oublié, ils répondent qu'ils ont mangé du bifteck et des pommes de terre, parce que c'est le menu le plus habituel.

On peut corriger la fabulation et habituer le malade à répondre qu'il ne sait pas quand il ne sait pas. Les réponses des malades de M. Minkowski sont très simples et bien en concordance avec leur déficit mental. Je suis étonné de les voir servir de base à des explications si complexes.

M. COURBON. — Les différences cliniques établies par M. Minkowski sont très exactes et ses explications psychologiques très intéressantes. Mais avec M. Delmas je crois que dans bien des cas la conduite des aliénés s'explique d'une façon satisfaisante sans qu'on ait besoin de recourir à l'intervention de fonctions hypothétiques. Le sénile non dément qui a conscience de son amnésie et de son impuissance psychique, recourt à des formules clichées ou évasives pour masquer ses déficiences ; ce sont donc des précautions de camouflage qui dictent ses réponses. Celles du maniaque sont dictées par l'hyperthymie ironique.

M. HESNARD. — Si l'on veut rester sur le terrain de la clinique pure au sens où l'entend M. Delmas, on doit se borner à décrire le comportement et à rapporter les paroles des malades sans chercher des explications. Quand on veut expliquer des phénomènes comme les névroses ou les psychoses on est bien obligé de faire appel à la psychologie. Quand M. Delmas dit que le maniaque répond de telle façon parce qu'il plaisante, il entre dans la voie des explications.

M. DELMAS. — La clinique permet de donner des explications par la comparaison et la hiérarchisation des symptômes. Quand je dis que la réponse d'un maniaque est une plaisanterie, je la fais entrer dans un symptôme classique de la manie : l'euphorie. Si M. Hesnard demande comment j'explique cette exaltation de l'humeur, je chercherai du côté de la physiologie.

Je ne critique pas la méthode de M. Minkowski, mais je dis qu'il faut entrer avec prudence dans le domaine des hypothèses psychologiques.

M. REVAULT D'ALLONES. — Les explications données par M. Delmas des réponses des malades me paraissent plus simples que celles de M. Minkowski. On sait bien que les maniaques font quelquefois des réponses étranges par plaisanterie.

De plus, je ne vois pas comment M. Minkowski oppose la mémoire et le déploiement dans le temps.

Quant à l'interprétation de l'état mental des P. G., elle peut s'orienter dans bien des directions autres que celle de M. Minkowski.

A ce propos, je ferai remarquer qu'on prend souvent le P. G. comme type de dément. Or, nous voyons actuellement de très belles rémissions consécutives au traitement. Ces malades ayant guéri ou s'étant très améliorés n'étaient donc pas des déments. Je suppose qu'ils sont des confus.

M. LEROY. — Je suis surpris d'entendre M. Revault d'Allones appeler les P. G., des confus. On peut plus

facilement admettre que la démence elle aussi peut s'améliorer.

M. Guiraud. — Le sens traditionnel du terme démence impliquant l'incurabilité devient gênant à l'heure actuelle. Parmi les affaiblissements intellectuels les uns sont rapides, massifs, ce sont les confusions mentales ; les autres sont lentement progressifs, ce sont les démences. Ces derniers sont d'ordinaire incurables parce que le processus anatomopathologique causal poursuit sa marche progressive. S'il s'arrête avec peu ou pas de lésions définitives, le malade peut s'améliorer ou guérir. Mais cliniquement la confusion et la démence sont dissemblables et je considère comme inexact d'appeler les P. G. des confus.

Pour en revenir au sujet, je ne vois pas pourquoi on oppose la clinique et la psychologie. M. Minkowski étudie chez ses malades l'intuition subjective de durée. Il s'agit d'un symptôme nouveau que nous pouvons examiner cliniquement. En particulier, je suis frappé par l'exemple des séniles qui ont l'impression que tout défile avec hâte autour d'eux, qui sont étonnés de vivre dans un torrent d'événements ; l'explication que leur durée ralentie retarde sur le temps objectif me séduit beaucoup. On observe le phénomène inverse chez le maniaque.

M. Minkowski. — Le point de vue que j'ai adopté et que j'ai eu l'occasion d'exposer d'une façon plus défaillée dans mes travaux antérieurs, sans exclure aucune autre méthode d'investigation, nous fournit des données intéressantes d'ordre psychopathologique.

M. Janet. — Cette intéressante discussion montre que la philosophie et même la métaphysique ne sont pas mal accueillies ici. A mon avis, on doit en retenir que la plupart des faits psychologiques sont des actions.

Psychoses post-émotionnelles des jeunes gens simulant la démence précoce

Par M. Paul ABÉLY (*asile de Prémontré*)

Il nous a été donné de voir dans notre clientèle extra-asilaire, trois cas de psychoses post-émotionnelles, à peu près identiques dans leur présentation clinique et dont la symptomatologie ressemblait d'une façon frappante à celle de la démence précoce. Seule la notion de la cause initiale de l'état pathologique et quelques symptômes physiques permettaient d'éviter la confusion et de porter un pronostic favorable.

OBSERVATION I. — Mlle D... est âgée de 22 ans. Rien à signaler d'anormal dans ses antécédents personnels. Elle est intelligente, d'un caractère doux et un peu timide.

Elle porte cependant le poids d'une assez lourde hérédité : un grand-oncle a été aliéné, le père est un alcoolique invétéré atteint de polynévrite, un frère à la suite de déceptions sentimentales a fait deux tentatives de suicide. Le 11 septembre 1927, Mlle D... était seule chez elle. Des ouvriers plaçaient l'électricité dans son domicile. Il était 3 heures de l'après-midi, elle faisait la sieste sur son lit, dans sa chambre ; un ouvrier, pris de boisson, la surprit brusquement, et après une lutte sauvage réussit à la violer. Il fut peu après arrêté et par la suite condamné.

A leur rentrée, une heure après environ, les parents trouvèrent leur fille dans un état d'agitation extrême, en proie à des hallucinations terrifiantes, poussant des cris, essayant de sauter par la fenêtre. La nuit fut particulièrement agitée et délirante, on dut la maintenir.

Nous fûmes appelés dans l'après-midi du lendemain. La phase d'excitation avait alors disparu, pour faire place à un état de stupeur. La malade, plongée dans un état complet de sidération, était immobile, les yeux fixes et grands ouverts, ne répondant à aucune question, refusant de s'alimenter. L'examen physique nous fit découvrir un pouls à 130, un réflexe oculo-cardiaque nul, un réflexe solaire légèrement positif. Cet état dura 6 jours, puis le

tableau clinique se modifia totalement. Mlle D... se mit à parler et à manger, mais elle devint inabordable et d'une hostilité particulièrement marquée à l'égard de sa famille ; elle s'isola dans les coins, se mit à se livrer à des soliloques interminables, entrecoupés de grands éclats de rire. Par instants, elle accablait d'injures ceux qui l'entouraient et paraissait répondre à des hallucinations auditives, répétant: « Non, je ne suis pas une p....., pourquoi Henri veut-il me faire aller à Londres, etc... »

Faisant montre d'un négativisme assez accentué, elle refusait d'obéir aux ordres qu'on lui donnait, de prendre ses médicaments, de se livrer aux soins les plus élémentaires d'hygiène.

A noter que tout état confusionnel avait disparu, qu'elle était parfaitement orientée, qu'elle reconnaissait tous ceux qui venaient la voir, qu'elle surveillait attentivement tous les gestes, toutes les paroles de son entourage.

Cet état se prolongea, sans modifications, pendant trois semaines environ. Bientôt apparurent quelques stéréotypies : celle, par exemple de s'arracher les cheveux et de les manger. Puis, des impulsions violentes survinrent : bris de vaisselle, bris de glace, d'une chaise et l'hostilité familiale devint telle qu'elle essaya d'étrangler sa mère.

Tout examen physique était impossible en raison de l'opposition.

Mlle D... dut être internée.

Nous pûmes à l'asile examiner plus facilement son état physique : la tachycardrie persistait, 120 à 130, le R. O. C. était nettement inversé, le réflexe solaire fortement positif.

Le changement de milieu amena une rémission tellement rapide des symptômes qu'au bout d'un mois de séjour, elle put sortir complètement guérie.

Depuis un an et demi cette guérison persiste entière. Mlle D... a retrouvé son humeur et son caractère d'autrefois. Elle parle avec calme et un peu de tristesse de sa maladie et du cruel attentat dont elle a été victime.

Observation II. — Mlle G... est âgée de 19 ans. Elle est d'une intelligence un peu au-dessous de la moyenne, d'un caractère un peu fantasque. A l'école, elle n'a pas pu obtenir son certificat d'études. Ses camarades la taquinent et raillent sa naïveté.

Elle porte le poids de très lourdes tares héréditaires : un grand-père, deux tantes, un oncle aliénés, la plupart atteints

de psychose maniaque dépressive ; la mère est une grande déséquilibrée, sujette à des crises de dépression.

Le 20 mai 1928, Mlle G... descendait en bicyclette une côte particulièrement rapide, lorsque le seul frein qui retenait sa machine, se brisa ; emportée à une vitesse exagérée, elle ne tarda pas au bout de quelques mètres à tomber dans un fossé. Le choc fut minime, elle ne perdit pas connaissance, et ne portait aucune égratignure, la bicyclette elle-même n'était nullement endommagée et Mlle G... put rentrer chez elle. Elle raconta son accident, puis se mit à table pour le repas du soir. Elle mangea peu et paraissait absente. Elle alla rapidement se coucher. Ses parents furent réveillés par ses cris ; elle était très anxieuse, prétendait qu'on voulait l'étrangler, elle implorait du secours et pleurait à chaudes larmes. Ses parents la réconfortèrent de leur mieux, mais dans la matinée l'agitation s'accentua, elle voulait s'échapper de chez elle, se disant poursuivie et menacée, et l'anxiété ne fit qu'augmenter. Nous fûmes appelés le surlendemain matin par le médecin traitant qui avait administré sans succès des injections de morphine et du bromure. Nous la trouvâmes couchée, difficile à aborder, se refusant à tout examen physique, en proie à de fausses reconnaissances et à un onirisme très actif. Elle était désorientée, mais moins agitée.

Nous la revîmes trois jours après : elle était beaucoup moins confuse, beaucoup plus calme, nous reconnut facilement. Mais elle était encore inquiète et se plaignait « de voix qui se moquaient d'elle ».

Elle se laissa examiner avec facilité.

Le pouls battait à 90. La compression des globes oculaires ne modifiait pas le rythme de l'artère radiale, en revanche la recherche du réflexe solaire faisait tomber considérablement la tension artérielle.

Nous quittâmes la famille après avoir donné un pronostic favorable et promis une guérison très prochaine.

Mais dix jours après, le médecin traitant nous rappelait en nous disant que l'état mental de la malade s'était considérablement aggravé et qu'il était impossible de la garder plus longtemps chez elle.

Nous la trouvons accroupie dans un coin, refusant de se laisser approcher et refusant de nous répondre, le visage déformé par une moue grimaçante, regardant son entourage avec ironie et éclatant brusquement de rires impulsifs. Elle sort de sa torpeur pour se livrer à de graves violences, elle

a brisé tous ses ustensiles de toilette et a essayé à plusieurs reprises de blesser sa mère avec des débris de porcelaine. Sans raison, elle a brusquement frappé son père d'un coup de poing dans le dos.

Nous la faisons rentrer immédiatement à l'asile. Pendant quelques jours, cinq exactement, elle reste couchée et inerte, refusant de parler, on est obligé de l'alimenter à la sonde. Puis elle demande à manger, à se lever et quinze jours exactement après son entrée, elle se livrait à des travaux de couture, restant simplement un peu maniérée. Elle sortait peu de temps après sur l'instance de sa famille.

La guérison s'est maintenue parfaite depuis. Seule persiste encore une certaine sympathicotonie se manifestant par un réflexe solaire très marqué et un R. O. C. inversé.

Observation III. —M. L... est un jeune homme de 25 ans, d'intelligence moyenne, mais assez déséquilibré, de tempérament cyclothymique, sujet aux obsessions et aux phobies. Une de ses tantes est atteinte de démence paranoïde et internée depuis de nombreuses années, son père fait depuis longtemps des excès alcooliques, sa mère porteuse d'un bec de lièvre opéré, est sujette à des crises hystériformes.

Alors qu'il se trouvait dans un restaurant de Reims, une cliente pousse brusquement des hauts cris en disant qu'on vient de lui voler son portemonnaie. L... est le voisin immédiat de la victime de ce vol, il est ce soir-là exceptionnellement assez mal mis, car il venait de conduire un camion de la maison de son père, il est enfin sans papiers d'identité. Soupçonné, il est conduit au commissariat; fouillé, trouvé porteur d'un couteau à cran d'arrêt, il est maintenu à la maison d'arrêt pendant toute la nuit jusqu'à la vérification de son identité. Relâché le lendemain matin, il rentre chez lui harassé de fatigue et en proie à une grande surexcitation. Ses parents le font se coucher pour lui permettre de se reposer de sa fatigue de la nuit. Sa famille, étonnée de ne pas le voir descendre pour le repas du soir, monte dans sa chambre et le trouve avec le visage hagard, le facies congestionné, se croyant encore à la maison d'arrêt, essayant par les gestes d'écarter les agents qui, dit-il, veulent le frapper, tenant des propos incohérents. Un médecin, appelé immédiatement, découvre une haute température 39° 6 et diagnostique un coup de chaleur. Des scènes oniriques ont lieu toute la nuit, l'agitation est très marquée, les hallucinations visuelles particulièrement intenses ; il crie, supplie qu'on lui enlève les menottes qui lui encerclent les poignets, pleure,

puis sur le matin, tombe dans une prostration profonde. La fièvre a disparu, mais l'état confusionnel persiste, le médecin traitant nous fait demander.

Nous trouvons L... en état complet de confusion mentale : désorientation totale, fausses reconnaissances, pouls très rapide 130, R. O. C. nul, réflexe solaire fortement positif, l'agitation a fait place à un état de demi-somnolence avec tendance à la stupeur.

L'état général est assez bon. Nous ordonnons le repos dans l'obscurité, le régime lacté, de l'adrénaline, vingt centigrammes de gardénal, de la teinture d'aubépine et quelques toni-cardiaques.

Nous apprenons dans les jours suivants que l'état s'améliore progressivement, que les nuits sont bonnes, que les fausses reconnaissances ont disparu. Le malade commence à se lever. Brusquement le dixième jour de sa maladie, alors que rien ne laissait prévoir cet accès, L... s'enfuit de chez lui, à demi vêtu; on le retrouve à la nuit tombante à l'orée d'un bois environnant; il refuse de réintégrer le domicile, disant qu'il a peur chez lui et frappe ceux qui veulent le ramener. On parvient non sans peine à le faire revenir à son domicile.

Pendant 3 jours, il s'enferme dans sa chambre, refuse de prendre ses repas, frappe tous ceux qui veulent l'approcher, urine sur le parquet et reste des heures entières figé dans des attitudes catatoniques et soliloquant.

Il est interné d'urgence dans une maison de santé. Deux mois après, nous avions sa visite, il venait nous remercier de nos soins et était complètement guéri.

Depuis 7 mois, il travaille régulièrement.

Ces trois observations sont frappantes par leur similitude.

Chez chacun, après un épisode confusionnel aigü et à la période de son déclin se sont installés des symptômes particuliers faits de négativisme, d'hostilité familiale, d'impulsions violentes, de stéréotypies, d'éclats de rire explosifs, simulant parfaitement la démence précoce. Au point que si ces malades étaient entrés à l'asile sans être accompagnés de renseignements, il aurait été difficile de poser un autre diagnostic.

Chez tous les trois, un état dégénératif important avait donné à leur accès post-émotionnel une symptomatologie anormale.

La symphaticotonie, constatée chez chacun d'eux, était particulièrement intéressante quant au pronostic en particulier.

Enfin chez tous les trois, le changement de milieu a amené très rapidement la guérison.

Discussion

M. Guiraud. — M. Abély insiste avec raison sur la similitude entre certaines psychoses émotives et la démence précoce catatonique. Pendant la guerre nous avons observé avec Euzière, un confrère qui s'était trouvé dans des circonstances particulièrement dramatiques et était tombé dans un état d'inertie avec conservation des attitudes, troubles vaso-moteurs, mutisme presque complet. Les quelques mots qu'on a pu obtenir de lui ont permis de faire le diagnostic de psychose émotive, confirmé par la guérison qui s'est fait attendre plus d'un an.

M. A. Marie. — Les cas de M. Abély sont des plus intéressants. Ils me rappellent celui d'une jeune femme que M. Truelle eut à examiner en expertise et qui entra en état d'obnubilation stuporeux, avec sympathicotonie, R. O. C. inversé, pupilles dilatées et ébauche de catatonie.

Elle avait été arrêtée au dancing, sur la plainte d'un Américain ivre, l'accusant de lui avoir volé son portefeuille. On crut tout d'abord à une simulation étant donné la brusquerie du mutisme et de la confusion totale après l'arrestation.

Elle guérit après 5 mois d'internement et fut reconnue innocente par la suite, le portefeuillle ayant été retrouvé ailleurs (sans que d'ailleurs l'Américain reparti en Amérique ait pensé à retirer sa plainte erronée). La démence précoce n'était qu'apparente et le choc émotif seul en cause, d'où la cure.

Les rémissions dans la paralysie générale ; leurs caractères ; leurs différences fondamentales avec les rémissions obtenues par la malaria-thérapie. Présentation d'un P. G. guéri à la suite d'une maladie infectieuse (fonte purulente de l'œil).

par MM. Leroy et Médakovitch

Les rémissions survenant dans le cours de la paralysie générale ont été maintes fois signalées et étudiées. Nous nous en voudrions de ne pas rappeler ici le nombre considérable des travaux consacrés à ce sujet par les grands aliénistes français. Dès 1826, Calmeil écrit : « Par une bizarrerie incroyable, il est des P. G. qu'on juge condamnés à mourir dans un délai rapide et dont le sort s'améliore très promptement (1). » Il en donne deux observations avec rémission momentanée. Linas est aussi explicite : « Une des particularités les plus importantes de la manie paralytique c'est la fréquente apparition des rémittences qui peuvent durer plusieurs mois, même plusieurs années et en imposer pour une guérison à des yeux inexpérimentés (2). » Ferrus a vu un P. G. présenter une rémittence complète ayant duré 25 ans jusqu'à la mort du malade, causée par une pneumonie. Billod, en 1850, parle de rémissions de longue durée et croit même la guérison incontestable dans une observation avec autopsie. Sandras (3), cite un cas d'amélioration, Lasègue (4), considère les rémissions comme se produisant

(1) Calmell. — *De la paralysie générale considérée chez les aliénés*, 1826.

(2) Linas. — *Traité des maladies mentales*, p. 441.

(3) Sandras. — *Traité pratique des maladies nerveuses*, 1851

(4) Lasègue. — *Thèse d'agrégation*, 1853.

surtout à la deuxième période. BAILLARGER (1), les étudie longuement, en 1855, dans un article sur lequel nous reviendrons. DOUTREBENTE (2), fait sur ce sujet un article du plus haut intérêt. Il rapporte 37 observations de rémissions de paralytiques généraux tirées des auteurs antérieurs — beaucoup consécutives à des infections semblent complètes — et 12 observations personnelles.

Ces travaux ainsi que beaucoup d'autres plus récents ne donnent pas une garantie absolue au point de vue du diagnostic, car les réactions humorales étaient alors inconnues et on peut quelquefois suspecter l'existence réelle de la P. G. Quoi qu'il en soit, ces rémissions ont toujours attiré l'attention des psychiâtres.

Leur apparition souvent spontanée et leur fréquence relative ont été le principal argument sur lequel on s'est appuyé pour nier la thérapeutique de la paralysie générale. Une telle conception ne peut plus être soutenue sérieusement aujourd'hui.

Ces arrêts de la maladie se produisent dans deux cas : tantôt ils succèdent à des infections graves, à des suppurations étendues (variole, érysipèle, phlegmon diffus, escarre, etc.), tantôt ils surviennent chez des malades n'ayant jamais suivi une médication reconnue active et n'ayant pas présenté apparemment une affection fébrile intercurrente antérieure.

Rémissions suite d'infections fébriles

Ces rémissions si connues et souvent si remarquables ont été le point de départ des travaux de Wagner Jauregg, qui, dès 1887, recommandait le traitement de la P. G. par une fièvre artificielle, opinion que personne ne voulut suivre à l'époque. Il avait d'abord choisi la pyrétothérapie (tuberculine) mais il s'aperçut que les

(1) BAILLARGER. — *Recherches sur les maladies mentales, tome II.* Des rémissions dans la forme maniaqne de la P. G.

(2) DOUTREBENTE. — Des rémissions dans la P. G. *Annales Médico-Psychologiques*, 1878, tome I, p. 161.

succès ainsi obtenus n'étaient stables et durables que dans les cas où le sujet avait présenté une affection infectieuse intercurrente.

Ces faits si curieux n'avaient pas échappé à l'Ecole Française. Lorsqu'on parcourt l'œuvre de BAILLARGER, on est frappé du grand développement donné par lui-même et ses contemporains à l'étude des arrêts de la paralysie générale survenant « à la suite d'abcès, de furoncles, d'anthrax, voire même d'escarres et paraissant avoir une influence décisive sur la solution heureuse de la maladie ». Dans un article, *de la démence paralytique et de la manie avec délire ambitieux* (1858), le fondateur de la Société Médico-Psychologique rapporte 14 observations du plus haut intérêt, dont voici les principales : 1° Le cas de FERRUS, P. G. guéri à la suite de scorbut grave et d'escarres ; 2° le cas de l'Américain EARLE, P. G. guéri par séton ; 3° le cas de RENAUDIN, P. G. guéri par gangrène d'une jambe et escarre partielle ; 4° le cas d'ESQUIROL, P. G. guéri par suppuration abondante de nombreux furoncles ; 5° le cas de MOREL, P. G. guéri par abcès purulent hépatique ; 6° le cas de COMBES, P. G. guéri par otite purulente fébrile ; 7° le cas de BAUME, P. G. guéri par œdème aigu de la jambe, gangrène et escarre ; 8° un autre cas de FERRUS, P. G. guéri par vastes collections purulentes d'une jambe ayant nécessité l'amputation. BAILLARGER ajoute : « Ces rémissions sont très fréquentes et il ne s'agit plus ici des cas exceptionnels ; M. MOREAU (de Tours), qui voit à Bicêtre tant d'aliénés paralytiques, me disait récemment encore que ces faits se présentaient désormais si souvent qu'il avait cessé de les compter (1). »

BAILLARGER cite une intéressante observation de TUCZEK (1884) : un homme de 36 ans entre à l'Asile de Marburg en août 1877 pour un état d'amnésie prononcée, indifférence, obscénités. Bientôt après, excitation bruyante, insomnie, idées absurdes de grandeur (sa

(1) BAILLARGER. — *Recherches sur les maladies mentales*, tome II, p. 272.

femme est accouchée de 137 garçons qu'il a rangés sur le lit à côté les uns des autres). Survient à la main droite un abcès donnant naissance à une grande quantité de pus. De novembre 1877 à janvier 1878, persistance de la démence, de l'embarras de la parole, de l'agitation (prétend que le médecin a incisé le ventre de sa femme et y a introduit cent livres de viande désossée), paralysie incomplète du bras droit. D'avril à mai, escarre étendue. En juin, amélioration notable puis parfaite, permettant la sortie du malade en septembre 1878. Six années de guérison apparente avec réintégration dans sa situation antérieure d'employé des Postes. Au commencement de 1884, apparition de symptômes tabétiques, retour du malade à l'hôpital, intelligence intacte, aucune dysarthrie (1).

Il est fâcheux que ces constatations ne nous aient pas incité, en France, à chercher un traitement possible de la P. G. Nous avions trouvé la bonne voie et nos auteurs y font même plusieurs fois allusion. L'un de nous avait même essayé de reprendre ces recherches en 1904 (2).

M. TRUELLE a montré à la Société Clinique de Médecine Mentale (1927) un paralytique général guéri à la suite d'un anthrax. L'observation n'ayant pas été publiée, notre collègue a bien voulu la résumer pour nous.

OBSERV. I. — D. Eugène, 52 ans, entré à Sainte-Anne, le 13 février 1928, venant de l'Infirmerie Spéciale : *Paralysie générale, euphorie expansive, narrations, fabulations, perfections, richesses, voyages, libéralités, réformes, somptuosités et orgies. Loquacité, jovialité, sensibleries subites, larmoiement de quelques secondes. Gratitude pour notre certificat. Conscience partielle de quelques traits morbides (lapsus, dysmnésie, amnésie). Pupilles normales, réflexes achilléens abolis, hypos-*

(1) BAILLARGER. — *Recherches sur les maladies mentales*, t. II. *De la guérison de la P. G.*, p. 348.

(2) André VALLET. — *Contribution à l'étude des rémissions dans la P. G.* Thèse Paris, 1906, p. 68.

thénie, légère ataxie, réflexes plantaires dissemblables ? (de Clérambault).

A l'entrée, excitation intellectuelle intense, extrême mobilité de l'humeur et des idées, prédominance des idées de satisfaction et de grandeur absurdes, projets de toutes sortes aisément suggérés. Affaiblissement psychique certain mais dont la durée ne peut être précisée, en raison du degré et de la forme du délire. Pas de tremblement de la langue, achoppements évidents aux mots d'épreuve ; signe d'Argyll, ataxie nette. *Ponction lombaire* (20 février 1928) : lympho., 41 ; Pandy ++ ; Benjoin 22222.20000.000000 ; pas de dosage d'albumine en raison de la présence d'une petite quantité de sang ; B.-W. +. *Sang :* B.-W. +.

Peu de temps après l'entrée, volumineux anthrax du dos, état grave. T. dépassant 40° à deux reprises. Au début d'avril, l'état général cesse d'être inquiétant, l'anthrax se limite et tend vers la guérison, après une légère perte de substance. Corrélativement, l'état mental s'améliore, le calme renaît, les idées délirantes disparaissent, mais une certaine niaiserie et une certaine satisfaction générale persistent. Le malade passe son temps à faire des dessins et des peintures (copies) dont il encombre son lit et qu'il distribue à qui veut bien.

Le 10 juillet 1928, D... est amélioré au point que, pour des gens non avertis, il pourrait passer pour guéri ; calme, posé, travaille régulièrement et convenablement au Bureau de l'Admission. Il raisonne et discute logiquement les conditions de sa sortie et la façon dont il pourra vivre et subsister au dehors. Il reconnaît les fautes commises par lui dans la vie, car il a toujours été déséquilibré, joyeux vivant et noceur. Se rend compte qu'il a été très malade, mais n'a qu'un souvenir très incomplet des premiers mois de son séjour ici. Persistance de l'achoppement syllabique, réflexes rotuliens normaux, inertie pupillaire.

Ponction lombaire (8 juin 1928) : lympho., 4 ; albumine, 0,32 ; B.-W. + ; Pandy, faiblement positif ; Benjoin. 00000.00000.000000. Pas de traitement spécifique. Trois injections de propidon du 22 au 26 mars.

Nous vous présentons un paralytique général qui, considéré par nous comme perdu en raison de la gravité de son état mental et physique, n'en a pas moins guéri en quelques semaines à la suite d'une infection fébrile ayant amené la fonte purulente d'un œil.

Observ. II. — Bar... Pierre, entré à Sainte-Anne, le 13 mars 1928, à l'âge de 44 ans, venant de l'Hôpital Henri-Rousselle : *Affaiblissement intellectuel avec agitation, désordre des actes, propos incohérents, euphorie, mobilité de l'humeur, idées de grandeur. Excès alcooliques, troubles paréto-ataxiques, dysarthrie, abolition des réflexes rotuliens, troubles pupillaires, syndrome humoral positif* (Mignot). Il a eu, le 10 mars 1928, une crise convulsive violente, perte de connaissance, secousses toniques et cloniques.

Syphilis en 1917, soignée par injections intra-musculaires, pendant 2 mois. Il n'a jamais suivi depuis un traitement sérieux, sauf 18 pilules de proto-iodure en août 1922. A contaminé sa femme qui avait récemment un L. C.-R. normal mais une réaction de B.-W. positive dans le sang.

Tombé délirant le 8 mars 1928, surexcitation intense, céphalée diurne et nocturne. Cet homme nous arrive dans un état très avancé de P. G. : démence totale, amnésie, idées absurdes de grandeur (va être député). Symptômes tabétiques, inertie pupillaire, rétention d'urine, affaiblissement physique grave. Pierre devient gâteux avec escarre au milieu d'avril. A la fin du mois nous le considérons comme perdu, véritable squelette, alimentation très difficile, sécheresse de la langue, gâtisme permanent. T. : 39°. Une grave affection oculaire le fait envoyer, à cette époque, au pavillon de chirurgie où l'ophtalmologiste, M. Maurice Prieur, pratique, le 25 avril, l'énucléation de l'œil droit pour fonte purulente de l'organe. Fièvre intense oscillant entre 38° et 39° pendant trois semaines.

Le malade revient dans le service le 16 mai 1928, apyrétique depuis quelques jours. Transformation totale ; au lieu d'une loque humaine, nous nous trouvons en présence d'un homme propre, mangeant bien, commençant à engraisser. Le gâtisme a disparu ; l'escarre se cicatrise au bout de quelques jours d'alitement et Pierre commence à travailler à la fin de mai. Il cause raisonnablement, mais se montre indifférent à la perte de son œil. La rémission a continué à évoluer rapidement pendant six semaines et le sujet nous apparaît aujourd'hui comme tout à fait guéri cliniquement. Nous vous le présentons : gros, gras, le teint fleuri, la figure épanouie. Il s'exprime raisonnablement, calcule fort bien, raconte son histoire avec détails, se sent guéri, a conscience de la gravité de sa situation passée et nous remercie beaucoup des soins reçus. Une chose le préoccupe, c'est d'obtenir sa sortie avant que ne soit expiré son congé d'un an afin de pouvoir repren-

dre ses occupations à la Cie du Gaz de Paris. Son poids est passé de 46 à 64 kilogs. Au point de vue physique : dysarthrie légère, tremblement de la langue et des mains très léger, inertie pupillaire, absence des réflexes rotuliens et achilléens.

L'examen des réactions biologiques donne :

	13 mars 1928	5 février 1929
Liquide :		
Lympho	10	3
Albumine	0,75	0,35
Globulines — Pandy	+	traces
Globulines — Weichbrodt	+	négatif
Benjoin	22222.22222.21000T.	00000.00000.00000T.
Elixir parégorique	+	—
B.-W.	+	+
Floculation		0
Meinicke	+	—
Sang :		
B.-W.	+	+
Floculation		35
Meinicke		+

Ces deux observations nous montrent une rémission fort complète survenue à la suite d'infections fébriles (anthrax, fonte purulente d'un œil) rémission fort complète non seulement au point de vue clinique, mais encore au point de vue des modifications des réactions biologiques. Nous voyons chez le premier la lymphocytose passer de 41 à 4, le Pandy très + devenir faiblement positif, le Benjoin très + dans les 6 premiers tubes devenir complètement négatif, le B.-W. rester positif. Chez le second, la lymphocytose passer de 10 à 3, l'albumine de 0,75 à 0,35, les globulines disparaître, le Benjoin et toutes les autres réactions devenir négatives, sauf le B.-W. qui reste positif.

Rémissions spontanées

Nous allons passer en revue la manière dont se comportent les rémissions spontanées, leur fréquence, leur durée, leurs caractères essentiels. Nous verrons

ensuite combien elles sont complètement différentes des succès obtenus par la malariathérapie.

Fréquence. — On trouve dans la littérature allemande un certain nombre de documents sur la fréquence des rémissions spontanées. Acker, dans un travail paru en 1888, donne un pourcentage de 14,3 0/0. Behr, en 1889, ne les trouve que dans 4,08 0/0 des cas. Jahrmarder, en 1901, chez les femmes, 14,8 0/0 et Mattey, en 1901, seulement 7,1 0/0. Hoppe, en 1901, donne un pourcentage de 16,8 0/0 chez les hommes et de 14,9 0/0 chez les femmes. Gaup, en 1903, 10 0/0 dans les cas récents et 1 0/0 lorsque la maladie a une longue durée. Kræpelin, 15,9 0/0. Joachim, en 1912, 4 0/0. Dubel, en 1916, 13,5 0/0 pour les hommes et 6,5 0/0 pour les femmes. Weichbrodt, en 1920, 10 0/0. Maggendorfer, en 1921, 13 0/0. Kirschbaum, en 1923, 11,7 0/0 et enfin Tophoff, 4 0/0 de rémissions complètes et 14 0/0 de rémissions incomplètes. Le pourcentage est donc assez élevé.

Durée. — Les avis diffèrent beaucoup sur la durée de ces rémissions. Magnan et Sérieux (1) admettent qu'elles peuvent subsister de quelques mois à un, deux et quatre ans. Larroque (2) pense qu'elles dépassent rarement deux ans et demi. Nos observations personnelles donnent une durée moyenne de 6 à 18 mois. En tout cas, la démence reprend ensuite son évolution.

Observ. III. — Equ. Armand, 33 ans, entre à Sainte-Anne, le 20 avril 1908 : *excitation maniaque, logorrhée, chants, graphorrée, idées de satisfaction et de grandeur ; pupilles inégales, déformées et paresseuses, pas d'hésitation appréciable de la parole. Syphilis* (de Clérambault). Le malade se calme en trois mois, en même temps que les idées ambitieuses disparaissent. Il s'améliore au point de pouvoir sortir en bon état de santé apparente, à la demande de sa femme, le 4 sept. 1908. Reprend son métier de gardien de la paix.

2e *entrée*, le 18 février 1909 pour affaiblissement intellec-

(1) Magnan et Sérieux. — *La paralysie générale.*

(2) Larroque. — Les rémissions dans la P. G. *Thèse Paris*, 1886.

tuel, mutisme et rétention d'urine. Il se montre déprimé, faible ; la paresse pupillaire persiste, les réflexes rotuliens sont exagérés. Armand se maintient jusqu'en mai 1909 dans cet état de dépression, s'améliore peu à peu et sort, le 11 nov. 1909 dans un état de santé meilleur que la première fois. Reprend son service.

3e *entrée*, le 4 nov. 1910. Etat grave, dysarthrie considérable, tremblement de la langue et des mains, gâtisme, le malade s'affaiblit progressivement, reste gâteux et meurt de cachexie, le 6 août 1911. Sur ces entrefaites, sa femme a été internée elle-même pour P. G.

Nous voyons donc un malade faire une rémission spontanée sans aucun traitement avec récupération de l'activité professionnelle. Six mois après, rechute nécessitant un nouvel internement. Nouvelle rémission spontanée dans les mêmes conditions ayant duré 13 mois et pendant lesquels Armand a pu exercer son métier de sergent de ville. Troisième entrée à Sainte-Anne dans un état de démence paralytique grave ayant entraîné la mort.

Observ. IV. — Senil. Emile, 37 ans, entre, le 17 mai 1912 : *méningo-encéphalite diffuse avec délire et agitation, troubles objectifs tels que lymphocytose abondante du liquide céphalo-rachidien avec augmentation de la quantité d'albumine* (Babinski). C'est un P. G. classique, affaiblissement intellectuel, excitation ; pupilles inégales et paresseuses, réflexes rotuliens exagérés. Emile se calme peu à peu, se montre nettement amélioré en février 1913, s'occupe de l'atelier de serrurerie. Sort en bon état de santé apparente, le 9 mai 1913, et reprend ses occupations.

2e *entrée*, le 27 nov. 1913. Revient dans un état de démence très accentué (actes puérils et violents, amnésie, troubles de l'affectivité). Sa famille avait dû l'interner à nouveau parce qu'il s'était montré, au bout de 3 mois, incapable de se conduire raisonnablement. Aggravation progressive de la démence et de la santé physique ; devient gâteux, fin 1916, avec dysarthrie considérable et meurt finalement par cachexie, le 15 novembre 1919, après un séjour de 6 ans dans le service.

Ici, la rémission s'est montrée de courte durée et la rechute s'est manifestée par une évolution lente et inexorable de la maladie jusqu'à la mort.

Il s'établit quelquefois chez le malade une évolution tellement lente des processus pathologiques que l'affection semble stationnaire. On a même vu, dans quelques cas isolés, apparaître spontanément une rémission complète et durable, mais ce fait réel est rare ; KRÆPELIN signale que des cas de paralysie générale, restant en bon état de santé apparente plus de deux ou trois ans, peuvent être considérés comme des curiosités cliniques.

HAGUENAU (1), dans sa thèse, conclut ainsi : « 1° La paralysie générale justement appelée progressive ne connaît que des rémissions de courte durée, les formes prolongées sont exceptionnelles... 2° Cependant, il n'est pas douteux qu'il puisse exister quelques cas de P. G. vraie fixée spontanément ; mais c'est là une exception tellement rare que l'on peut dire en pratique qu'un malade qui présente une évolution prolongée (plus de six ans) n'est pas un P. G. »

CARACTÈRES ESSENTIELS. — Ces améliorations notables se montrent rarement dans les formes lentes et torpides de la maladie. Elles se présentent de préférence chez les P. G. excités à allure maniaque avec idées de grandeur. Déjà MARCÉ avait dit : « C'est habituellement quand la paralysie générale a débuté sous la forme maniaque expansive qu'on la voit se produire. L'agitation se calme, l'embarras de la parole diminue, les idées ambitieuses elles-mêmes s'éloignent, à tel point qu'on se demande si cette amélioration n'aboutira pas à une guérison parfaite. » BAILLARGER conclut nettement : « 1° c'est surtout quand la paralysie générale débute par un accès de manie que s'observe ce qu'on appelle les rémissions ; 2° ces rémissions ne sont autre chose que la guérison de l'accès maniaque avec persistance des premiers signes de la démence paralytique. Il en est de même pour les rémissions dans les formes mélancoliques et monomaniaques (2) ».

SCHRŒDER est arrivé à la conclusion que les rémis-

(1) HAGUENAU. — Le syndrome humoral de la P. G. *Thèse Paris*, 1920.
(2) BAILLARGER. — *Loco citato*, p. 345.

sions spontanées doivent être surtout considérées comme l'arrêt d'une phase d'exacerbation. La courbe de la maladie ne tombe pas. Il ne s'agit pas d'une rémission de l'état pathologique organique, mais tout simplement de la disparition d'une période aiguë avec retour au *statu quo ante*.

Dans son traité de psychiatrie, WERNICKE dit : « Les rémissions ne forment que la terminaison des psychoses paralytiques aiguës, particulièrement fréquentes dans la mégalomanie paralytique et dans l'excitation maniaque paralytique. » ALZHEIMER écrit, dans son travail clinique sur la P. G. : « Les améliorations se rapprochant de la guérison, s'observent seulement après un début tumultueux et une grande excitation. » SCHRŒDER (1912) ne voit également dans les rémissions spontanées qu'une atténuation de l'exacerbation paralytique.

Le caractère des rémissions consiste donc essentiellement, pour la majorité des psychiâtres, dans l'apaisement, l'atténuation ou la disparition d'un symptôme ou d'un grand nombre de symptômes de nature épisodique transitoire (confusion, excitation, délire) ; le fond même de la maladie, l'état démentiel progressif demeurant le même.

Cette opinion ne paraît pas toujours justifiée. Les rémissions spontanées s'accompagnent quelquefois d'une récupération plus ou moins grande et plus ou moins durable des facultés intellectuelles. Les malades peuvent, pendant cette période, rentrer dans la vie sociale et reprendre leurs occupations antérieures (obs. III et IV).

En tous cas, les symptômes neurologiques ne sont jamais modifiés, seule la dysarthrie s'atténue un peu et rarement.

Différences fondamentales avec les rémissions obtenues par malariathérapie

Disons d'abord que le pourcentage des rémissions spontanées reste très loin en arrière du chiffre obtenu

avec le traitement par la malaria. KIRCHBAUM a comparé la fréquence relative des unes et des autres à l'asile de Freidrichsberger. Sur 875 cas observés de 1910 à 1918 à la clinique de Hambourg avant le traitement paludéen, il a trouvé 11,74 0/0 de rémissions spontanées. Sur 184 cas soumis à la médication, de 1919 à 1923, il a obtenu 93 succès, soit 52,5 0/0 avec retour à l'activité professionnelle. A Upsala, WSESEL a trouvé sur 590 sujets non traités, 17,5 0/0 de rémissions spontanées, desquelles 6 0/0 ont pu reprendre leur profession tandis qu'avec la malaria, il a eu 56 0/0 de rémissions avec 50 0/0 de retour à la capacité antérieure. SAGAL a montré que le pourcentage des P. G. améliorés par le traitement dépasse cinq fois le chiffre des rémissions spontanées. TOPHOFF, à Bremen, a observé sur 289 malades : 57 cas, c'est-à-dire 19,7 0/0 de rémissions spontanées dont 4,8 0/0 presque complètes et 14,9 incomplètes. Dans 12 0/0 de ces cas « il y avait eu une maladie infectieuse ou une suppuration ». D'après GAUPP, les rémissions spontanées durables n'existent que dans 1 0/0 des cas. Il est important de mentionner que la durée moyenne des rémissions spontanées ne dépasse pas dans son ensemble 10 mois, c'est-à-dire que 73 0/0 avait déjà récidivé après la première année.

Une différence essentielle se montre entre les deux variétés de rémissions en considérant leur durée et leur importance. Tandis que les rémissions spontanées disparaissent généralement au bout de quelques mois, les autres ont une tendance très nette à devenir durables. Sans doute, les récidives de la maladie peuvent se rencontrer après le traitement, mais elles sont rares et d'autant moins fréquentes que l'arrêt du processus pathologique a paru être plus complet. Après 2 ou 3 ans, la possibilité d'une rechute semble particulièrement réduite. Sur 9 cas datant des premiers essais de WAGNER-JAUREGG (1917), 3 se maintiennent depuis 10 ans dans un état clinique de guérison complète. Pour les cas traités de 1919 à 1923, la plupart des sujets restent depuis 5 à 9 ans dans un état de rémission non inter-

rompu, durable et parfait. Les rares vrais succès obtenus dans les rémissions spontanées se montrent, au contraire, excessivement fréquents à la suite du traitement infectieux, particulièrement avec la malaria.

Relativement à l'importance de la rémission, la différence n'est pas moins marquée. Rares sont les cas où les malades retrouvent leur capacité, nous l'avons vu. Les arrêts spontanés de la P. G. n'aboutissent le plus souvent qu'à une amélioration provisoire des phénomènes aigus avec retour au niveau mental antérieur. Au contraire, les rémissions dues au traitement sont généralement tellement importantes qu'elles arrivent presque à la récupération du psychisme normal. Le malade rentre dans la société capable de reprendre ses occupations.

L'impaludation donne des résultats nombreux dans les formes lentes, torpides, anciennes de la P. G., formes où les rémissions spontanées ne se présentent pas. L'affaiblissement intellectuel si grand soit-il peut rétrocéder.

Enfin, *point fondamental,* les rémissions thérapeutiques ne consistent pas seulement en une disparition plus ou moins complète des troubles mentaux et de l'affaiblissement intellectuel, *elles influencent heureusement les troubles neurologiques* ; la dysarthrie s'améliore, disparaît, les troubles de l'écriture diminuent ou s'effacent. Nous avons nous-mêmes montré, dans notre communication de novembre 1928, la disparition possible du signe d'Argyll-Robertson avec récupération du réflexe photo-moteur.

L'anatomie pathologique vient, elle aussi, prouver l'importance manifeste du traitement par la malariathérapie ou autres maladies infectieuses. La rémission clinique répond à une rémission parallèle des phénomènes histo-pathologiques dans le sens d'un état stationnaire ou d'une régression des lésions. Les spirochètes même peuvent disparaître des cerveaux (1).

(1) GERSTMANN. — *Die Malariabehandlung de progressiven Paralyse,* 1928, p. 182.

Discussion

M. A. Marie. — A propos de l'important travail de M. Leroy, sur les rémissions spontanées, je me souviens avoir entendu Baillarger lui-même rappelant ses cas de rémissions post-érésypélateuses chez une série de P. G. et émettant l'idée qu'une thérapie pourrait peut-être être établie sur l'érésypèle inoculé expérimentalement.

Le paludisme thérapeutique date du xv^e^ siècle, puisque Louis XI fut ainsi traité (en vain) de son épilepsie et qu'à la même époque, un abbé, supérieur d'un Ordre important, fut guéri de troubles nerveux par la malariathérapie.

Esquirol, dans le traité de 1818, p. 350, dit : « Il est peu de maladies chroniques qui n'aient été guéries par le développement d'une fièvre inattendue... Tous les praticiens ne cessent d'exprimer le regret de n'avoir pas la faculté d'éviter la fièvre ; plusieurs ont essayé de la faire naître. Le médecin de l'hospice de Tubingen fait prendre aux aliénés du muriate de mercure à doses répétées, afin d'éviter un mouvement fébrile, ce qui réussit quelquefois. » *Nil novi sub sole.*

La séance est levée à 18 h. 30.

Les secrétaires,

Guiraud, Minkowski,

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

ASSISTANCE

L'assistance des psychopathes en Suisse, en Allemagne et en France, par le D. Tomás Busquet Teixidor. (1 vol. in-8°, 334 pages, Barcelone, 1927).

Cet important recueil est le compte rendu d'un voyage d'études effectué par M. Tomás Busquet Teixidor, chargé de cette mission par la Diputación Provincial de Barcelone. Dans ce livre clair, illustré, et très bien édité, on trouvera d'intéressants renseignements avec photographies et plans à l'appui sur les établissements de Céry, Bel-Air, Malévoz-Monthey, Burghölzli, la Métairie, Bellevue, Mont-Riant et Mon-Repos, en Suisse ; de Wiesloch, Constanza, Eglfing y Haar, Alt-Scherbitz, Dösen, Giessen, Francfort, en Allemagne, ainsi que sur les cliniques psychiatriques de Heidelberg, Leipzig, Halle, Berlin, Munich et Giessen.

Pour la France, l'auteur s'étend sur l'établissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais dont il reproduit les photographies et les plans, et il indique le fonctionnement du service ouvert de l'Hôpital Henri-Rousselle et de ses annexes (Dispensaire, Service Social, laboratoires, etc.).

Il résume ensuite les principales caractéristiques des établissements modernes d'assistance aux psychopathes, insistant sur l'importance de la thérapeutique par le travail.

Le livre se termine par un plan proposé par l'auteur pour l'organisation des services de psychopathes de la province de Barcelone (clinique psychiatrique, asiles, colonies, patronage et hygiène mentale). Il sera consulté avec fruit par tous ceux qui s'intéressent aux conditions actuelles de l'assistance psychiatrique.

René Charpentier.

BIOLOGIE

Métabolisme cellulaire et métabolisme des tumeurs. Travaux du Kaiser Wilhem Institut Für Biologie (Berlin Dahlem), publiés par Otto WARBURG (Traduit par E. Aubel et L. Genevois). Alcan, édit.

Cet ouvrage groupe les travaux du Kaiser Wilhlem Institut Für Biologie. Leur lien commun est le problème des rapports entre le développement et les réactions chimiques capables de libérer de l'énergie. Un pareil livre où les remarques techniques et la description des méthodes prennent beaucoup de place sera d'une incontestable utilité à tous ceux qui se livrent à des expériences sur la physiologie cellulaire. On y trouvera des observations sur les oxydations dans les cellules vivantes d'après les expériences sur l'œuf d'oursin, une contribution à la biologie des globules rouges, des études sur le tissu cancéreux en survie.

En ce qui concerne les recherches sur la substance grise du cerveau et sur la rétine, il ressort que leur comportement est différent du métabolisme des autres cellules. La substance grise du cerveau possède la même activité glycolitique que l'embryon, la rétine une activité quatre fois plus grande. La rétine portée dans une solution de Ringer sucrée à la température du corps, transforme par heure 35 0/0 de son poids de sucre en acide lactique.

Les lecteurs français pourront, grâce à cet ouvrage, contenant les travaux les plus modernes sur le métabolisme cellulaire, bénéficier des résultats obtenus dans le laboratoire du professeur Warburg.

L. MARCHAND.

HISTOLOGIE

Eléments d'histologie. Tome 1, 334 pages, 200 figures. Librairie Félix Alcan, 120 fr.

Les éléments d'histologie comprendront deux volumes. Le tome 1 seul est paru. Il est divisé en dix chapitres.

Le premier chapitre traite des caractères morphologiques généraux de la cellule à l'état vivant et après l'emploi des procédés de fixation et de coloration. Le deuxième chapitre est consacré à l'étude de la division des cellules avec ses deux modes, le mode indirect ou mitose ou cinèse, et le

mode direct ou amitose ou acinèse. Le problème de la différenciation et de la spécificité cellulaire fait l'objet du 3e chapitre et renferme les recherches concernant l'œuf fécondé. Dans le chapitre IV sont exposées les notions de physiologie cellulaire (rapport nucléo-plasmatique, action des facteurs externes sur le fonctionnement de la cellule, ses mouvements comprenant les tactismes et les tropismes), puis l'auteur aborde la différenciation cellulaire qui aboutit à la genèse des cellules qui sont morphologiquement différentes les unes des autres et qui ont acquis des structures fonctionnelles caractéristiques (cellules épithéliales de recouvrement, cellules épithéliales glandulaires, cellules sensibles et épithéliums des organes des sens, cellules musculaires, cellules du sang et de la lymphe, cellules mésenchymales comprenant la cellule conjonctive, la fibre conjonctive ou collagène, la fibre élastique, les cellules reproductives ou gonocytes). Dans les chapitres suivants sont passés en revue les tissus de soutien (élastique, conjonctif, cartilagineux, osseux), les tissus musculaires, les organes de la nutrition (sang et lymphe), les organes hématopoiétiques, les vaisseaux sanguins et lymphatiques.

L'auteur a écrit ce livre pour les étudiants et il a donné à ses descriptions une grande clarté en les limitant aux choses indispensables et en ne retenant que les particularités structurales dont la signification fonctionnelle est connue. Cet exposé est imprimé en texte ordinaire. Des notions plus étendues sont imprimées en petit texte tels la physico-chimie des colloïdes protoplasmiques, le problème de la différenciation et de la spécificité cellulaire, la caryocinèse envisagée au point de vue de son déterminisme et de son arrêt à la fin de la croissance, les propriétés fonctionnelles des globules blancs et des globules rouges, etc...

Deux cents figures, d'une clarté remarquable, facilitent la compréhension des faits morphologiques.

Cet ouvrage s'adresse aussi à tous les histologistes, aux anatomopathologistes. Il ne se limite pas à l'étude anatomo-microscopique des éléments cellulaires des tissus, mais il soulève de nombreuses questions biologiques qui préoccupent actuellement l'esprit des chercheurs.

Ainsi en montrant aux jeunes gens la complexité, l'étendue et la signification des questions scientifiques, l'auteur éveille leur curiosité et fait naître chez eux le désir de la recherche biologique, tout en rendant ses leçons moins arides.

L. Marchand.

NEUROLOGIE

Le Syndrome Epilepsie, par le Dr O. Crouzon, médecin de la Salpêtrière. (1 vol. in-8°, 268 pages, in *Bibliothèque des Grands Syndromes*, Gaston Doin et Cie, édit., Paris, 1929).

Une bibliothèque des grands syndromes se devait de réserver un de ses volumes au syndrome épilepsie, consacrant ainsi le démembrement actuel de l'épilepsie dite essentielle considérée naguère comme une maladie.

Les nombreuses épilepsies traumatiques observées depuis la guerre de 1914-1918, les recherches récentes sur les troubles humoraux et sympathiques dans l'épilepsie et dans l'état de mal épileptique, justifiaient, d'autre part, la nécessité de l'excellente mise au point faite par M. Crouzon.

L'auteur a traité le sujet dans son ensemble, passant successivement en revue l'étude clinique du syndrome, son étude étiologique, l'anatomie pathologique de l'épilepsie, la physiologie pathologique et la pathogénie, le traitement.

M. Crouzon étudie successivement le syndrome épileptique infantile (convulsions, spasmophilie), le syndrome épileptique de la deuxième enfance et de l'adolescence (épilepsie essentielle), le syndrome épileptique de l'adulte, le syndrome épileptique chez la femme enceinte (éclampsie), le syndrome épileptique du vieillard, le syndrome Bravais-Jacksonnien, l'épilepsie traumatique.

A propos de la physiologie pathologique et de la pathogénie du syndrome, il passe en revue les théories modernes sur la toxicité des humeurs, les chocs anaphylactiques, les troubles endocriniens, les troubles circulatoires, et les théories dynamiques.

L'auteur, dont on connaît les intéressants travaux sur la thérapeutique de l'épilepsie, en particulier sur la médication borée, a donné, au chapitre traitement, l'importance qu'il mérite actuellement. Rappelant d'abord les anciennes médications, il expose ensuite les règles de la médication bromée, du traitement par le luminal ou gardénal, par le tartrate borico-potassique, les règles aussi de leur association. Après avoir énuméré les médications diverses, il insiste, avec le Professeur Jean Lépine, sur l'importance des règles d'hygiène générale de l'épileptique, et sur le traitement étiologique.

Le volume se termine par l'exposé des questions sociales et médico-légales à propos desquelles le médecin pourra être appelé à donner son avis.

René Charpentier.

L'encéphalite épidémique. Ses origines. Les 64 premières observations connues, par le professeur René CRUCHET, de la Faculté de Médecine de Bordeaux (1 vol. in-8°, 136 pages, 8 fig., Gaston Doin et Cie, édit., Paris, 1928).

Cet historique de la genèse de la conception de l'encéphalomyélite subaiguë, par le professeur René Cruchet, a pour but de montrer à la fois la priorité de l'auteur et l'exactitude avec laquelle il entrevit, dès le début, le polymorphisme de la maladie. Si l'on ajoute à cela l'importance de cette découverte en pathologie nerveuse, on pourra penser avec le professeur Achard que c'est à bon droit que le professeur Euzière a proposé de donner à l'encéphalite épidémique le nom de « maladie de Cruchet ».

La description à peu près contemporaine, et non moins remarquable, que von Economo a donnée de l'Encéphalite léthargique ne représentait que l'un des types de la maladie.

La première relation connue de la maladie est la note adressée à la Société médicale des Hôpitaux de Paris le 1er avril 1917, par MM. René Cruchet, F. Moutier et A. Calmettes, sur 40 cas d'encéphalomyélite subaiguë. Le début infectieux, les formes cliniques variées, l'évolution, la terminaison avec ses différentes séquelles, l'anatomie pathologique dont la première description fut donnée par M. Anglade, ont été mis en lumière par l'auteur. Si le germe spécifique n'a pu être mis en évidence, il ne l'a pas été davantage depuis lors.

Ainsi que l'écrit dans la Préface, le professeur Achard : « Découvrir une maladie nouvelle est toujours œuvre diffi- « cile et méritoire... Or, celle du professeur Cruchet, dépas- « sant l'intérêt d'une nouvelle description pathologique, a « conduit les neurologistes à reviser certains chapitres de « leur nosographie et enrichi leur discipline de données fort « instructives. On peut dire que les conséquences ont grandi « la découverte. »

René CHARPENTIER.

Encéphalite léthargique et encéphalomyélite subaiguë diffuse de Cruchet, par C. VON ECONOMO, professeur de psychiatrie à l'Université de Vienne (4 pages, *in Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, n° 2, février 1929, page 71, *trad.* du *Dr Ludo van Bogaert*).

Dans cet article, le Professeur von Economo revendique, à son tour, la priorité de la description de l'encéphalite léthargique. De la récente publication des observations du

professeur Cruchet, il estime pouvoir conclure que les données cliniques que l'on y trouve ne dégagent pas avec assez de netteté les signes typiques mésocéphaliques ou du tronc cérébral; que l'aspect anatomo-pathologique, en particulier le caractère focal de l'inflammation, localisée surtout au mésocéphale et touchant presque exclusivement la substance grise, n'a été ni précocement ni exactement signalé par M. Cruchet; enfin, que cet auteur n'a ni apporté la preuve de la nature infectieuse de l'affection, ni fait remarquer le caractère épidémique de l'affection.

Et le Professeur von Economo conclut en exprimant sa « reconnaissance du Dr Cruchet d'avoir produit cette intéressante publication » et de lui fournir ainsi l'occasion « d'opposer à ses réclamations de priorité une rectification « chronologique et nosographique ».

Il nous a paru intéressant de donner aux lecteurs des *Annales*, à la suite de l'analyse du volume du Professeur Cruchet, le résumé de la réponse du Professeur von Economo, traduite par M. L. van Bogaert.

René Charpentier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 18 février 1929

Démente précoce, fille de paralytique général, par MM. L. MARCHAND et MARESCHAL. — Les auteurs attirent l'attention sur le rôle que peut jouer l'hérédo-syphilis dans certains cas de démence précoce. Une jeune femme de 26 ans, institutrice, présente depuis l'âge de 24 ans des troubles mentaux dont l'évolution a abouti à un état de démence précoce caractérisé par de l'affaiblissement intellectuel, indifférence, inertie, incohérence, délire onirique, hallucinations auditives, visuelles, et de la sensibilité générale, gâtisme. Le père de la malade est mort paralytique général à 63 ans (la malade était alors âgée de 14 ans). On ne constate chez la malade aucune réaction humorale positive et aucun stigmate d'hérédo-syphilis. Cette particularité est à rapprocher des mêmes constatations faites souvent dans d'autres affections nerveuses, telles que l'épilepsie et certaines encéphalopathies infantiles.

Démence encéphalitique précoce, par L. MARCHAND. — Jeune femme de 23 ans, qui, depuis l'âge de 13 ans, à la suite d'une grippe suspecte, présenta une modification de son état mental. A l'âge de 21 ans, premier accès mental grave sous forme d'un délire d'influence. Deuxième accès, un an plus tard, qui consista en un état anxieux, avec délire onirique et idées de persécution. Au syndrome mental qui consiste actuellement en un état de désintégration avec bradypsychie, bradycinésie, passivité, négativisme, inertie, indifférence, s'associe un syndrome parkinsonien. L'auteur insiste sur la marche lente et progressive des troubles mentaux, sur l'intrication des troubles psycho-moteurs de la démence précoce et du parkinsonisme. Les deux syndromes sont en rapport avec la localisation des lésions encéphalitiques d'une part, sur le cortex cérébral, d'autre part, sur les noyaux gris centraux.

Encéphalopathie infantile évolutive, par MM. CHATAGNON et A. COURTOIS. — Jeune homme de 19 ans ayant présenté à l'occasion d'une broncho-pneumonie un état méningé grave, vers l'âge de 3 mois. Débilité mentale profonde simple ayant permis la vie dans le milieu familial. A 18 ans, apparition d'hallucinations visuelles, d'idées délirantes de grandeur, de

persécution, avec réactions violentes nécessitant l'isolement. Les auteurs insistent sur l'apparition de troubles mentaux nouveaux faisant craindre l'évolution vers la démence précoce, et les modifications importantes du liquide céphalo-rachidien pour affirmer le caractère encore évolutif des lésions infectieuses encéphaliques.

Syndrome de démence précoce d'origine infectieuse, par MM. E. Toulouse et A. Courtois. — Un jeune instituteur de 29 ans a présenté dans la première enfance des convulsions. Pourtant, il est resté particulièrement intelligent, a obtenu très brillamment le baccalauréat, et préparait une licence. Vers 28 ans, il devint brusquement incapable de tout effort, inertie, désintérêt affectif, apragmatisme sexuel, idées hypochondriaques, de persécution, d'auto-accusation, de transformation corporelle, opposition, violences, tentatives de suicide, réalisant le tableau de la démence précoce. Exagération des réflexes de la face, abolition de la convergence de l'œil gauche. Hyperalbuminose rachidienne (0,80 globulines +, Benjoin : 00000.22222.21000. Glycorachie normale. C'est un exemple typique de démence précoce d'origine infectieuse qu'a décrit M. Marchand, manifestations peut-être d'une reprise ou d'une poussée évolutive de l'infection encéphalique des premiers mois de la vie.

Mélanodermie à topographie radiculaire chez un déprimé mélancolique, par MM. Chatagnon, Trelles, Pouffary. — Les auteurs montrent un malade atteint de dépression mélancolique involutive et présentant une bande de taches pigmentaires au niveau des territoires radiculaires de la 11e et 12e dorsale gauche. A ce propos, ils soulignent les synergies endocrino-sympathiques et nerveuses.

Claudication continue des territoires artériels des membres supérieurs, par MM. Chatagnon, Pouffary et Trelles. — Il s'agit d'un homme de 38 ans, sans antécédents syphilitiques, à Bordet-Wassermann négatif dans le sang et le L. C.-R., dont les auteurs ont pu suivre l'évolution des accidents cérébraux aboutissant à une hémiplégie droite actuellement en contracture avec aphasie et affaiblissement psychique. Chez ce sujet l'absence de pulsations artérielles des deux membres supérieurs, de la tête et du cou (non liée à l'existence d'un anévrisme aortique) a été constatée avant et à la suite des manifestations hémiplégiques. La T. A. au niveau des humorales est de 5-3 ; celles des membres inférieurs (tibiale postérieure) est de 18-6.

L. Marchand.

ASSOCIATION MUTUELLE

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 26 MAI 1928

Présidence de M. Cullerre, président

L'Assemblée générale a eu lieu à 15 heures, 12, rue de Seine.

MM. E. Adam, Becue, Carrette, Charuel, Eissen, Gassiot, Latapie, Mezie, Le Roy des Barres, Olivier, Paris, Schützenberger, Sizaret, Vieux, Valensi, Védié, Tarrius s'étaient excusés de ne pouvoir assister à la séance.

Le Président donne la parole au Secrétaire, M. Guiraud.

M. GUIRAUD. — Messieurs, nous avons à déplorer cette année de cruelles pertes. Arnaud et Antheaume, membres fondateurs ; Aloys Adam, Maxime Dubuisson, Calixte Rougé, Jacquin, membres sociétaires, sont décédés.

F.-G. Arnaud était membre fondateur et membre du Conseil de notre Société. Nous avons tous lu la notice émue que M. Semelaigne a consacrée à sa mémoire dans les *Annales Médico-Psychologiques*. Sa disparition creuse un vide dans cette salle où il assistait assidûment aux séances de la Société Médico-Psychologique. Sa physionomie, pleine de finesse et de bonté, était attentive à toutes les discussions. Suivant avec intérêt toutes les idées et les théories nouvelles, très accueillant pour les jeunes, Arnaud faisait dans la discussion des interventions fréquentes et précieuses et mettait en relief la sincérité et la pénétration clinique de l'œuvre de Falret qu'il avait si brillamment continuée. Ses articles sur les « psychoses constitutionnelles » dans le traité de Ballet, en particulier celui sur les délires systématisés doivent être considérés comme la description la plus exacte, la plus vivante, la plus impartiale de ces affections. Les nombreuses théories écloses ces dernières années auraient serré de plus près la réalité si elles s'étaient davantage inspirées de son travail.

Les études d'Arnaud sur les obsessions, et la psychasthénie ont mis en relief la solidarité des éléments émotifs, intellectuels et moteurs. Combien de fois ici-même n'a-t-il pas prouvé l'exactitude de ses idées en nous les démontrant sur les malades présentés. Il ne m'est pas

permis d'insister davantage sur l'œuvre médicale très importante d'Arnaud, mais je ne puis passer sous silence sa droiture, sa valeur morale, sa charité. Universellement respecté, directeur d'une maison de santé dont la haute réputation est toujours restée intangible, il doit être pour nous un modèle.

A. Antheaume a été l'aliéniste le plus populaire de notre époque. Sa grande activité se résume en trois mots : la Malmaison, l'Amicale, l'*Encéphale*. Médecin de Charenton, puis médecin honoraire, auteur de nombreux travaux sur les maladies mentales dans l'armée, les bouilleurs de cru, la psychose périodique, la kleptomanie, etc..., ancien président de la Société médico-psychologique, secrétaire général de la Société de médecine légale, Antheaume avait fondé une maison de santé vraiment moderne qu'il montrait avec juste fierté. Très préoccupé des questions professionnelles, il était l'âme de l'Amicale, il entretenait une correspondance continuelle avec de nombreux collègues qui lui demandaient ses conseils ou son aide et ne reculait devant aucune démarche pour défendre nos intérêts professionnels ou ses idées personnelles, parfois avec une grande vigueur.

L'Encéphale, dont il était le fondateur et le Directeur, a pris dès son début l'allure d'une grande revue scientifique, à tendance neuro-psychiatrique, remarquable par la variété, le nombre des articles, le luxe des illustrations. Cette revue, bien connue en France et à l'étranger, a fait beaucoup pour étendre le renom de la psychiatrie française et lui imprimer une direction neurologique et biologique.

Maxime Dubuisson, ancien directeur-médecin de l'asile de Braqueville, était à la retraite depuis longtemps au moment de la guerre. Il insista pour reprendre du service et fut affecté d'abord à St-Alban, puis à Braqueville. Il retrouva avec plaisir cet asile qu'il avait organisé au point de vue administratif de façon parfaite. Une grave fièvre typhoïde contractée au cours d'une épidémie dans l'asile l'obligea de nouveau au repos. Dubuisson, de caractère gai et affectueux, répétait volontiers qu'il aimait bien les malades, et il le prouvait. A la retraite depuis longtemps, il suivait avec grand intérêt l'activité scientifique, lisait assidûment toutes les revues de notre spécialité, il ne reculait que devant les néologismes rébarbatifs, car, littérateur lui aussi, tournant agréablement les vers, il aimait surtout la simplicité et la clarté.

Victor-Aloys Adam était le père de nos deux collègues et amis Frantz et Emile Adam. Il dirigeait l'asile de Saint-Georges à Bourg depuis 41 ans. Ami de Ritti, A. Adam était un des plus anciens collaborateurs des *Annales médico-*

psychologiques. Il vivait véritablement avec ses malades et alliait à une profonde expérience clinique le dévouement et la bonté, qualités fondamentales de l'aliéniste. A. Adam a beaucoup contribué à faire connaître en France la psychiatrie allemande, par ses nombreuses analyses et compte-rendus des revues allemandes dans les *Annales médico-psychologiques.*

Jacquin, dont nous avons aussi à déplorer la perte, était médcin-chef de l'asile de Sainte-Marguerite, également à Bourg. Ancien chef de clinique du professeur Pierret à Lyon, Jacquin avait étudié spécialement les syphilo-psychoses. Toutes les études sur la question s'inspirent de son travail fondamental. De même, il s'était beaucoup occupé de la thérapeutique des maladies mentales et fut l'un des premiers à introduire dans notre spécialité l'usage des grandes injections de sérum artificiel. Il avait également étudié toutes les questions d'assistance et fourni une importante documentation à Régis pour la rédaction de ce chapitre dans son traité. Sa disparition prématurée a inspiré d'unanimes regrets.

Nous avons reçu cette année de nombreuses adhésions de membres sociétaires et nous avons le plaisir de souhaiter la bienvenue à Mlle Cullerre, MM. Bauer, Boutet, Carrette, Cénac, Leclercq, A. Le Grand, Livet, Bardol.

Le Président donne la parole à M. Dupain, trésorier.

M. Dupain. — Messieurs, voici l'exposé financier de l'année 1927.

Recettes et disponibilités au cours de l'année 1927

Encaisse en numéraire du Trésorier au 1er janvier 1927	465 52
Solde créditeur au compte courant du Crédit Foncier au 1er janvier 1927	7.567 44
Solde créditeur au compte courant des chèques postaux au 1er janvier 1927	3.766 65
Souscriptions d'asiles	2.454 30
Cotisations des membres de l'Association	2.150 »
Revenus des rentes et titres en dépôt au Crédit Foncier	7.450 90
Remboursements d'obligations amorties	927 18
Intérêts des fonds en dépôt au Crédit Foncier	36 07
Solde du compte du legs A. Ritti	955 10
Total des recettes et disponibilités	25.773 16

Dépenses au cours de l'année 1927

Secours distribués	8.400 »
Frais de Trésorerie et de Secrétariat	470 35
Achat d'obligations de chemins de fer	1.177 »
Frais de garde et autres au Crédit Foncier	82 43
Total des dépenses	10.129 78
Recettes	25.773 16
Dépenses	10.129 78
Excédent des recettes	15.643 38

Cet excédent de recettes est représenté au 1er janvier 1928 par :

Encaisse en numéraire du Trésorier	754 02
Solde créditeur au compte courant du Crédit Foncier	11.790 16
Solde créditeur au compte courant chèques postaux	3.099 20
Total égal à l'excédent des recettes	15.643 38

Détail du Compte du Crédit Foncier

Recettes

Solde créditeur au 1er janvier 1927	7.567 44
Revenus des rentes et titres	7.450 90
Remboursement 1 obligation Ch. de fer Midi	461 16
Remboursement 1 obligation Ch. de fer P.-L.-M.	466 02
Intérêts des fonds en dépôt	36 07
Versement en numéraire	955 »
Total des recettes	16.936 59

Dépenses

Retrait par chèques	3.887 »
Achat de 2 obligations Ch. de fer Midi	593 50
Achat de 2 obligations Ch. de fer P.-L.-M.	583 50
Frais de garde et autres	82 43
Total des dépenses	5.146 43

Recettes	16.936 59
Dépenses	5.146 43
Excédent des recettes	11.790 16

Cet excédent de recettes est représenté par le solde créditeur au compte courant du Crédit Foncier au 1er janvier 1928 : 11.790 fr. 16.

Compte du Trésorier

Recettes

Encaisse en numéraire au 1er janvier 1927	465 52
Souscriptions d'asiles	2.454 30
Cotisations des membres de l'Association	2.150 »
Retrait par chèques du compte courant du Crédit Foncier	3.887 »
Solde du compte du legs A. Ritti	955 10
Disponibilités au compte courant chèques postaux	3.766 65
Total des recettes	13.678 57

Dépenses

Secours distribués	8.400 »
Frais de Trésorerie et de Secrétariat	470 35
Versement en numéraire au compte courant du Crédit Foncier	955 »
Total des dépenses	9.825 35

Recettes	13.678 57
Dépenses	9.825 35
Excédent des recettes	3.853 22

Cet excédent des recettes est représenté au 1er janvier 1928 par :

Encaisse en numéraire du Trésorier	754 02
Solde créditeur au compte courant des chèques postaux	3.099 20
Total égal à l'excédent des recettes	3.853 22

Avoir de l'Association au 1er janvier 1928

Encaisse en numéraire	754 02
Solde créditeur au compte courant du Crédit Foncier	11.790 16
Solde créditeur au compte courant chèques postaux	3.099 20

4.660 francs rente française 3 0/0.
340 francs rente française 5 0/0.
360 francs rente française 6 0/0.
160 francs rente française 4 0/0 or, 1925.
100 francs rente française en 2 bons décennaux 5 0/0, 1924.
20 obligations ch. de fer Est-Algérien 3 0/0.
50 obligations ch. de fer Midi, anciennes, 3 0/0.
39 obligations ch. de fer P.-L.-M., anciennes, 3 0/0.
35 obligations ch. de fer P.-L.-M., nouvelles, 3 0/0.

Budget de 1928

Prévisions des recettes :

Cotisations	2.100 »
Souscriptions d'asiles	2.200 »
Subvention du Conseil général de la Seine	500 »
Revenus des rentes et titres	7.200 »
Total	12.000 »

Prévisions des dépenses :

Secours à distribuer	11.500 »
Frais de Trésorerie et de Secrétariat	500 »
Total	12.000 »

Après vérification des comptes, des félicitations sont votées au trésorier. Il est ensuite procédé au renouvellement de cinq membres du Conseil dont les pouvoirs sont expirés. Quatorze votes par correspondance ont été reçus.

Sont élus : MM. Courbon, Cullerre, Delmas, Lalanne et Sérieux.

Un nouveau scrutin a lieu pour remplacer au Conseil F.-L. Arnaud décédé. M. G. Petit est élu.

Le Conseil se trouve ainsi composé :

MM. Dupain, Olivier, Rayneau, Semelaigne, Vurpas, dont les pouvoirs expirent en 1929.

MM. Guiraud, Marchand, Petit, Truelle et Usse, dont les pouvoirs expirent en 1930.

MM. Courbon, Cullerre, Delmas, Lalanne et Sérieux, dont les pouvoirs expirent en 1931.

La séance est levée à 16 heures.

⁂

A la suite de l'Assemblée générale, le Conseil se réunit, conformément à l'article 4 des statuts, pour désigner les membres du Bureau.

Sont élus : *Président,* M. CULLERRE.
Vice-Président, M. SEMELAIGNE.
Secrétaire, M. GUIRAUD.
Trésorier : M. DUPAIN.

⁂

LISTE DES MEMBRES

Membres fondateurs

MM.

Babinski, Claude, Chaussinand, R. Charpentier, Cullerre, Delmas, Dheur, Dupain, Fillassier, Girma, Hercouët, Le Savoureux, Lhermitte, Meuriot, Rayneau, Semelaigne, Tarrius, Vignaud, Voivenel.

Membres sociétaires

MM.

Abadie, Abély (P.), Abély (X.), Adam (F.), Adam (E.), Alaize, Albès, Allamagny, Ameline, Anglade, Arsimoles, Aubry.

Barbé, Bardol, Baruk, Bauer, Beaudouin, Bècue, Benon, Bessière, Bessière (R.), Billet, Borel, Boutet, Bonhomme, Bonnet, Bour, Bourilhet, Bouyer, Briche, Brissot, Brousseau, Brunet, Burle, Bussard, Buvat.

Calmettes, Camus, Capgras, Carrette, Carriat, Carrier, Castin, Cénac, Ceillier, Charpenel, Charpentier (J.), Charuel, Chaumier, Chevalier-Lavaure, Chèze, Chocreaux, Clément, Clérambault (de), Codet, Colin, Collet, Condamine, Corcket, Cornu, Cossa, Coulonjou, Courbon, Courjon, Cullerre (E.).

Daday, Dalmas, Damaye, Danjean, Delmas (P.), Demay, Deron, Desruelles, Devaux, Devay, Dodero, Dubois, Dubourdieu, Ducos, Ducosté, Dupin, Dupouy.

Eissen, Euzière.

Farez, Fassou, Fauvel, Fenayrou, Fouque, Frankhauser, Frey, Fromenty.

Gassiot, Genil-Perrin, Gelma, Gilles, Gilson, Gimbal, Gouriou, Guichard, Guiard, Guilherm, Guiraud.

Hacquart, Halberstadt, Hamel (J.), Hamel (M.), Hesnard, Heuyer, Hyvert.

Jalenques, Janet, Journiac.

Kahn.

Lachaux, Lafage, Laffon, Lagriffe, Laignel-Lavastine, Lalanne, Latapie, Latreille, Lautier, Lauzier, Leclercq, Le Grand, Le Maux, Legrain, Lépine, Lerat, Leroy, Le Roy des Barres, Levet, Lévy-Valensi, Leyritz, Livet, Logre, Loup, Lwoff.

Maillard, Mairet, Malfilatre, Mallet, Marchand, Marie, Martimor, Maupaté, Mercier, Merland, Mezie, Mignot, Minkowski, Monestier, Morat.

Nageotte, Naudascher, Nouët.

Olivier, Ollivier.

Pactet, Page, Pagès, Pain, Paris, Parant, Pasturel, Pellissier, Perrens, Perrussel, Petit, Pezet, Pochon, Porc'her, Porot, Prince, Privat de Fortunié.

Quercy.

Raffegeau, Raviart, Raynier, Reboul-Lachaux (J.), Reddon, Renaux, Régis, Revault d'Allonnes, Revertegat, Riche, Ricoux, Robert, Rodiet, Rogues de Fursac, Roubinovitch, Rougean.

Salin, Salomon, Santenoise (D.), Santenoise, Schützenberger, Séglas, Sengès, Sérieux, Simon, Sizaret, Slizewicz, Sollier, Sollier (A.), Spitz, Suttel.

Targowla, Taty, Terrade, Thibaud, Thivet, Tissot, Toulouse, Trénel, Trepsat, Truelle.

Usse.

Védié, Vernet, Vieux, Villey-Desmeserets, Virchon, Viollet, Vurpas.

Résumé

Membres fondateurs	19
Membres sociétaires	228
	247

VARIÉTÉS

PRÉFECTURE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE

Concours pour l'emploi de médecin-chef des asiles publics d'aliénés de la Seine. — Un concours pour la nomination à deux emplois de médecins-chefs de service des asiles publics d'aliénés de la Seine, s'ouvrira à la Préfecture de la Seine, à Paris, le lundi 3 juin 1929, à quatorze heures.

Sont admis à prendre part au concours les seuls médecins du cadre des asiles publics d'aliénés ayant, au moment de leur inscription, moins de cinquante-cinq ans d'âge et plus de cinq ans effectifs de services.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (Bureau des Etablissements départementaux d'assistance, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, 2e étage, pièce 227), de dix heures à douze heures et de quatorze heures à dix-sept heures, du lundi 29 avril au samedi 11 mai 1929 inclus (sauf dimanches et jours fériés).

Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Toute demande déposée ou parvenue après le jour fixé pour la clôture des inscriptions ne pourra être accueillie.

Les candidats auront la faculté de déposer à la Préfecture de la Seine (Bureau des Etablissements départementaux d'assistance), sous pli cacheté et revêtu de leur signature, tous documents et notes qu'ils désireraient soumettre au Jury en vue de l'épreuve sur titres.

Les candidats dont le nom figurera sur la liste arrêtée par M. le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, recevront une convocation pour prendre part aux épreuves. L'Administration décline toute responsabilité au sujet des convocations qui ne parviendraient pas aux destinataires.

Le règlement du concours fait l'objet d'un décret en date du 25 novembre 1924, inséré au *Journal Officiel* du 3 décembre 1924, modifié par le décret du 18 mai 1926, inséré au *Journal Officiel* du 22 mai 1926.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

Vacances de postes. — Les postes suivants sont vacants dans les Asiles publics d'aliénés :

1° Le poste de Médecin chef de service au quartier d'aliénés des hospices de Montpellier (Asile de Font-d'Aurelle), par suite de la mise à la retraite de M. le Docteur Chevalier-Lavaure.

2° Le poste de Médecin directeur de l'Asile public d'aliénés de La Roche-Gandon (Mayenne), par suite de la mise à la retraite de M. le Docteur Pain, à dater du 1er juin 1929.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXIIIe Session, Barcelone (21-26 mai 1929)

Bureau de la 33e Session. — *Présidents :* M. le Dr J. Gimeno-Riera, Directeur de l'Asile National d'aliénés de Saragosse ; M. le Dr Lalanne, Chargé de Cours à la Faculté de Médecine de Nancy, Médecin-Chef de l'Asile de Maréville.

Vice-Président : M. le Professeur Abadie, de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Secrétaire général : M. le Docteur Emilio Mira, Directeur de l'Institut d'Orientation professionnelle, Médecin du Service psychiatrique Municipal, Calle Bruch, 32, Barcelone.

Programme des travaux et des excursions. — *Mardi 21 mai.* — 10 h. 30 : Séance solennelle d'ouverture, sous la présidence de Son Excellence le Comte de Montseny, Président de la Diputación Provincial, au Palais de la Diputación Provincial (Plaza de Sn Jaime).

14 h. 45. — 1er Rapport. — **Psychiatrie** : *Du rôle de l'Hérédo-Syphilis dans l'étiologie des Maladies mentales.* Rapporteurs : M. le Docteur Hamel, médecin-chef de l'Asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle), et M. le Docteur W. Lopez-Albo, Directeur de l'Asile d'aliénés de Zaldivar (Vizcaya), Médecin neurologiste de l'Hôpital civil de Bilbao. Au Palais de la Diputación Provincial. — 18 h. 30 : *Réception* à l'Hôtel de Ville, offerte par la Municipalité de Barcelone (vis-à-vis le Palais de la Diputación Provincial). Tenue de ville. — 22 heures : *Réception officielle* et *Soirée*, offerte par la Diputación Provincial, au Palais de la Diputación Provincial. Tenue de soirée.

Mercredi 22 mai. — 9 h. 15 — 2e Rapport. — **Neurologie** : *Les troubles sensitifs de la Sclérose en plaques.* Rapporteurs : M. le Docteur Alajouanine, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des Hôpitaux, et M. le Docteur B. Rodriguez-Arias, professeur adjoint à la Faculté de Médecine de Barcelone, médecin du Service psychiatrique municipal, Médecin consultant de l'Asile d'aliénés de Nueva-Belen. A la Faculté de Médecine (Rue Casanovas). — 13 heures : *Déjeuner* offert par la municipalité de Barcelone, au *Mont Tibidabo.* (Rendez-vous devant la Faculté de Médecine à 12 h. 30. Départ en auto-car). — 16 heures : *Séance de*

communications avec projections à la Clinique psychiatrique de la Diputación Provincial.

Jeudi 23 mai. — 9 h. 15 : ASSEMBLÉE GÉNÉRALE du Congrès à la Faculté de Médecine (Rue Casanovas). *N. B.* — L'Assemblée Générale du Congrès sera immédiatement suivie de l'*Assemblée Générale* ordinaire *de l'Association Amicale des médecins des Etablissements d'aliénés de France.*

14 h. 45. — 3e Rapport. — Médecine légale : *Des conditions de l'Expertise médico-légale psychiatrique criminelle.* Rapporteurs : M. le Docteur José SANCHIS-BANUS, Médecin neurologiste de l'Hôpital provincial de Madrid, Président du « Colegio oficial de Médicos » de Madrid, et M. le Docteur VULLIEN, Médecin des Asiles d'aliénés, chef de laboratoire à la Faculté de Lille. A la Faculté de Médecine. (Rue Casanovas). — 18 h. 30 : *Réception* officielle à l'Université par M. le Recteur, Dn. Eusebio DIAZ. Tenue de ville. — 22 heures : *Soirée* offerte par la Colonie française de Barcelone. Tenue de soirée.

Vendredi 24 mai. — 8 heures : *Excursion à Montserrat,* offerte par la Diputación Provincial. (Départ en auto-car. Rendez-vous plaza de Cataluna). — 13 heures : *Déjeuner* à Montserrat, offert par la Diputación Provincial. — 17 h. 30 : *Séance de communication* à la Clinique psychiatrique de Sn Bandilio del Llobregat. — 19 h. 30 : Collation offerte par l'Administration de la Clinique psychiatrique. Retour à Barcelone. Arrivée à 20 h. 45. — 22 heures : *Soirée* offerte par le Président et les Membres du Congrès, dans les salons du Grand Hôtel Oriente (rambla del Centro, 20).

Samedi 25 mai. — 8 heures : *Excursion* (par train spécial) *à Reus et Tarragona.* Départ de l'Apeadero (Paseo de Gracia). Prix : 18 pesetas. — 13 heures : *Déjeuner* à l'Institut Pedro Mata de Reus (Clinique Psychiatrique), offert par l'Administration. — 15 heures : *Visite de l'Institut.* — 15 h. 30 : *Séance de communications.* — 18 h. 30 : Départ pour Barcelone. Arrivée à 20 h. 30. — 22 h. 15 : Concert de musique espagnole (Salle Mozart, rue Canuda) offert par l'Association Espagnole des Neuro-Psychiatres et par la Société de Psychiatrie et de Neurologie de Barcelone.

Dimanche 26 mai. — 10 heures : *Visite de l'Exposition de Barcelone.* (Rendez-vous au bureau de l'Exposition). — 13 heures : *Déjeuner* offert par le Comité de l'Exposition. (Rendez-vous au bureau de l'Exposition). *Clôture de la 33e Session.*

Pour les voyages, excursions, etc., adresser toutes les demandes de renseignements à l'Agence *Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris,* qui répondra directement.

Renseignements généraux. — Le Congrès comporte des membres adhérents et des membres associés :

Les *membres adhérents* doivent être médecins, français ou étrangers. Le prix de la cotisation est de 50 francs français. Ils ont le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Ils reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session. Les membres adhérents inscrits avant le 15 avril recevront les rapports dès leur publication.

Les asiles d'aliénés et établissements hospitaliers peuvent adhérer au Congrès aux mêmes conditions que les membres adhérents. Ils reçoivent seulement un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session.

Les *membres associés* se composent des personnes de la famille des membres adhérents, présentées par ces derniers. Le prix de leur cotisation est de 30 francs français. Ils ne prennent pas part aux travaux du Congrès, mais bénéficient des avantages accordés pour les voyages et excursions.

Pour s'inscrire, envoyer le montant des cotisations en francs français, avec indication exacte des noms et adresses des membres adhérents et des membres associés :

à *M. le Directeur de l'Agence de Neuilly de la Société Générale* (44, avenue de Neuilly, à Neuilly-sur-Seine, Seine). *Compte de M. le Dr E.* MIRA ;

ou au Dr Emilio MIRA, *Secrétaire général de la 33e session,* Calle Bruch, 32, à Barcelone.

Passeports. — Pour l'entrée en Espagne un *passeport* est indispensable. Le visa n'est pas nécessaire.

SOCIETE SUISSE DE PSYCHIATRIE

La 75e réunion de la Société suisse de Psychiatrie aura lieu à l'asile de la Rheinau les 8 et 9 juin 1929.

Thème de discussion : *Lutte contre les préjugés à l'égard de la psychiatrie et des asiles d'aliénés.*

Pour permettre une discussion nourrie, nous avons renoncé à désigner des rapporteurs et nous demandons d'annoncer de nombreuses communications sur ce sujet jusqu'au 1er mai 1929 au président soussigné (Dr O. Forel, La Métairie, Nyon).

CENTRE HENRI ROUSSELLE

Un concours sur titres est ouvert le lundi 29 avril 1929 en vue de la nomination de quatre médecins assistants au Centre de Psychiatrie et de Prophylaxie Mentale Henri Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris.

Les inscriptions seront reçues du lundi 1er avril 1929 au samedi 20 avril 1929, inclusivement, de 10 h. à 12 h. et de

14 h. à 17 h., à la Préfecture de la Seine, direction des Affaires Départementales, Service de l'Assistance Départementale, 3e Bureau, Annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, 2e étage, pièce 227, dimanches et jours fériés exceptés. Les candidats absents de Paris ou empêchés devront adresser leur demande et les pièces jointes par lettre recommandée, de manière qu'elles parviennent au plus tard à la date ci-dessus indiquée. Toute demande d'inscription parvenue après cette date ne pourra être accueillie. Pourront seuls prendre part à ce concours les docteurs en médecine d'une Faculté française, Français ou naturalisés.

Les candidats ne pourrront se faire inscrire qu'en produisant les pièces suivantes :

1° Demande sur papier timbré ; 2° Diplôme de Docteur en médecine et, s'il y a lieu, diplômes universitaires ; ces diplômes pourront être remplacés par des copies, certifiées conformes ou par des certificats en tenant lieu ; 3° Certificats constatant les situations occupées antérieurement ; 4° Listes de leurs titres et travaux médicaux, scientifiques et administratifs, accompagnées de toutes justifications utiles ; 5° Expédition de leur acte de naissance ; 6° Certificat de bonne vie et mœurs ; 7° Extrait de leur casier judiciaire.

La liste des candidats admis à concourir sera arrêtée par le Préfet de la Seine.

Le jury du concours sera constitué ainsi qu'il suit :

1° Le médecin directeur du Centre de Psychiatrie et de Prophylaxie mentale, président ; 2° Un médecin du Centre ayant deux ans au moins de fonctions ; 3° Un médecin psychiâtre de la Préfecture de la Seine ; 4° Un médecin des asiles de la Seine ; 5° Un médecin psychiâtre appartenant au cadre de l'Infirmerie spéciale ou à l'un des quartiers d'hospices dépendant de l'Assistance Publique ; ou le Professeur de la Clinique de la Faculté ; 6° Un secrétaire administratif.

Les médecins assistants de l'Hôpital Renri Rousselle sont nommés par le Préfet, à la suite d'un concours, soit sur titres, soit à la fois sur titres et sur épreuves dont les conditions seront chaque fois déterminées par l'arrêté préfectoral ouvrant le concours.

Ceux de ces praticiens qui appartiennent au cadre des médecins des asiles publics d'aliénés ou ont été reçus au concours d'admission à cet emploi, bénéficieront, pour l'évaluation des titres, d'un nombre de points égal au quart des points fixés pour cette épreuve. Ils devront pour continuer à appartenir au cadre des médecins des asiles publics d'aliénés obtenir l'agrément du Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, qui les mettra

à la disposition de l'Administration préfectorale. Les services qu'ils accompliront à l'Hôpital Henri Rousselle seront alors considérés comme accomplis dans un asile public. Toutefois, la durée de cette mission ne pourra dépasser trois ans.

Les chefs de Clinique, titulaires ou adjoints qui, après avoir subi avec succès le concours de médecin des asiles publics, ont été dispensés du choix d'un poste et appelés à occuper un des emplois de médecin dans l'un des services de l'Hôpital Henri Rousselle, avant leur nomination dans le cadre des asiles, bénéficieront, à dater du jour où ils entrent dans ce cadre, d'un rappel d'ancienneté égal à la période qui s'est écoulée entre le jour de clôture des opérations du concours et leur nomination, sous réserve que le temps de service, ajouté au temps du clinicat, ne dépasse pas le maximum de trois ans prévu par le décret du 21 juin 1927. Les médecins qui, après cette période de temps, continueront d'occuper un poste à l'Hôpital Henri Rousselle, placés hors cadres, et en cette qualité perdront leur droit à l'avancement dans leur cadre d'origine. Ils pourront être réintégrés sur leur simple demande, mais il ne leur sera tenu compte que de trois années pour leur temps d'ancienneté.

L'un des médecins assistants désigné par le Préfet, sur la présentation du médecin en chef directeur, remplit les fonctions de médecin résident et est chargé de la surveillance permanente de l'Hôpital. A ce titre, il est logé et nourri gratuitement à l'établissement. Dans l'exercice de ses fonctions le médecin assistant est placé sous l'autorité du Directeur du Centre et chargé de le seconder.

Les heures de présence au Centre seront réglées par le Directeur de l'établissement ; elles ne pourront pas être inférieures à 20 h. par semaine. Les médecins assistants bénéficient après une année de services effectifs, d'un congé annuel d'un mois payé, accordé par le Préfet sur la proposition du médecin en chef, directeur, en tenant compte des nécessités du service. L'indemnité fixe et annuelle attribuée au médecin assistant est fixée à 13.500 francs. Les titulaires de cet emploi ne bénéficient pas de l'indemnité de résidence prévue par l'arrêté du 23 juillet 1925. Ils ne pourront être maintenus en fonctions après avoir dépassé l'âge de 62 ans révolus.

Fait à Paris, le 19 mars 1929.

RENARD.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 37.982

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique

DIALOGUE FAMILIER SUR LE FREUDISME

Suite et fin (1)

Inconscient et Ignoré
Œdipe, de Secundus à Freud

Aliéniste (*continuant*). — Chassons donc de la psychiatrie le mot « conscience », mot terrible, observe Janet, parce qu'imprécis, où peut se mettre tout ce que l'on veut. Que dire alors de son *caput mortuum* l'Inconscient ? Laissons-les tous deux aux métaphysiciens. La science moderne a abandonné ces concepts cossus, par exemple la perfection qui avait conduit les Grecs à décider que les astres décrivaient des cercles, courbe parfaite selon eux.

Néophyte. — Cependant, j'ai lu qu'Henri Poin-

(1) V. *Annales Médico-Psych.*, janv. 1929.

caré décidait entre certaines théories scientifiques, du point de vue de la simplicité et de la commodité.

Ali. — Vous savez à quelles méprises singulières et même amusantes pour les initiés, la compréhension, si l'on peut dire, de l'œuvre de Poincaré a donné lieu. Ce savant ne parlait pas le français de tout le monde, mais celui très spécial des physicomathématiciens. Ainsi, Fermat montra que « la lumière suivait les voies les plus aisées et non les plus courtes » : vous voyez que la simplicité en physique est complexe et bien particulière, donc très éloignée du point de vue général cher aux philosophes dédaigneux par nature des approximations successives. Tant que la solution d'une équation est impossible, la théorie qui y conduit est incommode ; dès que le calcul en est possible, la théorie devient simple et commode et plus même que les anciennes théories. On garde cependant ces dernières tant qu'elles suffisent aux mesures du phénomène envisagé. Vous savez que, pour expliquer le microscope, on garde la théorie de l'émission, alors que pour analyser une solution sucrée au polarimètre, on utilise la théorie des ondulations. Les premiers ouvriers avaient un caillou pour marteau ; nous trouvons plus commode l'outil acheté chez le quincaillier, si celui-ci est à notre portée ; un automobiliste, sur la route, trouvera plus commode de reprendre un caillou.

Néo. — Parfaitement ! C'est justement à un point de vue tout pratique et technique que je voudrais me placer, même au risque de reprendre un point de vue peut-être désuet en psychiatrie. Je me demande si l'on ne pourrait pas appeler « inconscient » un processus défini, limité en quelque sorte au cerveau humain. Ce ne serait pas l'oublié, puis-

que nous sommes maintenant bien d'accord pour ne pas admettre que la mémoire implique l'inconscient, la mémoire étant constatée chez les invertébrés dépourvus de cerveau, je ne parle pas des métaux. Il me semble que la physiologie a mis en évidence un processus que l'on nomme « seuil ». Tant qu'une modification cérébrale, une circonstance psychologique n'a qu'une durée, une intensité, un quelque chose trop minime, on exprime ce fait par : il existe un seuil non atteint. Alors, au-dessous de ce seuil, ne pourrait-on pas légitimement parler d'inconscient ? Vous allez penser que je ressemble à la bonne femme au lézard dans le ventre et qui admet bien que l'animal a été extrait, mais sans les œufs qui, oubliés, l'ont repeuplée de lézardeaux...

Ali. — Vous adorez un phénix, vous le brûlez et, pour finir, le ressuscitez ! Je pense plutôt à ces Byzantins qui discutèrent de « savoir si la lumière qui sort du nombril de l'homme est créée ou incréée », et se mirent à chercher cette fameuse et chimérique lumière par une contemplation assidue et réitérée de leur nombril.

Néo. — L'introspection qui a conduit les philosophes à l'invention de la conscience, est dite, en effet, pareille à l'occupation byzantine au figuré. Au risque de passer pour un contemplateur de mes viscères, j'avoue que l'inconscient me paraît lié aux impressions organiques, et, adoptant Hesnard qui conclut que l'inconscient est l'envers du conscient, le point neutre se rattacherait à la notion expérimentale de seuil.

Ali. — Le Seuil est en effet fondamental en psychophysique et la marotte de Fechner était d'y trouver le rapport de l'âme avec le corps, ou,

comme vous diriez, de la conscience avec l'inconscient, la métaphysique ayant toujours été chère aux Germains qui en mettent partout. Remarquez d'abord que le seuil n'est pas un processus absolument spécial au cerveau humain, car c'est très incontestablement la même chose que le très mécanique démarrage. Parlons-en cependant.

Le « seuil » entre deux sensations est une déduction plutôt qu'un fait expérimental. On compare deux poids par exemple : on part de l'égalité et on augmente peu à peu l'un d'eux. Quand la différence est faible, on réussit à distinguer le plus lourd, une, deux fois sur dix ; puis, avec des succès plus nombreux si la différence s'accentue ; on arrive à réussir cinq fois sur dix comme à pile ou face : on a atteint le seuil entre les sensations des deux poids à moins qu'on ne cherche le succès sept ou huit fois sur dix, selon une proportion posée d'avance pour évaluer le seuil. Tel est le schéma. Où voyez-vous de quoi distinguer deux conceptions dont l'une serait, selon la formule de Hesnard, l'envers de l'autre ? Un poids de trente grammes n'est pas l'inverse d'un autre de trente et un, ni les sensations qu'ils procurent respectivement. De même, ne sentir qu'une piqûre d'un compas n'est pas l'inverse d'en sentir deux, etc. S'il y avait un seuil entre le conscient et l'inconscient, c'est que ce dernier serait déjà senti, perçu et donc conscient. M'objecteriez-vous le subconscient que cela ne porterait évidemment pas, la difficulté n'étant que reculée.

Néo. — On aurait des degrés dans la conscience simplement.

Ali. — Bernheim prétendait que la conscience n'est jamais abolie, même dans le sommeil. De degré en degré, on atteint le zéro de conscience ;

mais accepterez-vous de passer aux degrès dans la conscience négative, seul « envers », nécessaire d'après votre définition de l'inconscient ?

Néo. — Le mot « négatif » me trouble ! Cependant, il y a bien des sensations négatives. Ainsi, les images consécutives qui ont la couleur complémentaire de l'objet fixée avant de fermer les yeux.

Ali. — Oui, elles sont négatives comme celles d'un cliché photographique ; toutefois, elles ne sont pas inconscientes, je crois ?

Néo. — Il est vrai. Seulement, ces oscillations visibles finissent par diminuer d'intensité et disparaître. Or, à ce moment, ne puis-je point les dire devenues inconscientes ? Elles se sont fondues dans le champ de l'uniformité des sensations continue: fournies au cerveau par toutes les parties du corps. Or, on sait qu'une sensation continue et prolongée n'est plus perçue ou aperçue ; exemple : la pression de l'air à laquelle notre peau est insensible.

Ali. — Notre peau, peut-être, mais pas nos poumons, puisque si le baromètre descend l'air semble devenir plus lourd ; en outre, nous sentons parfaitement les variations de pression de l'air, les rafales du vent.

Néo. — Mais j'admets qu'il faille un changement dans l'excitation pour que l'on en ait conscience, et que, quand il y a conscience, c'est qu'il y a changement.

Ali. — Mais ce n'est pas là un processus spécial au cerveau. Quand le courant passe dans le fil court de la bobine de Ruhmkorff, il n'y a rien d'appréciable dans le fil long ; si on coupe et rétablit fréquemment le courant du premier fil, vous savez que des étincelles vont jaillir entre les extrémités

du second qui ne réagit qu'aux changements du courant dans le premier. C'est tout pareil au bruit ou silence (relatif) continu qui ne devient conscient, selon les philosophes, que s'il s'interrompt.

Vous ne m'avez donc pas encore montré le processus exclusivement cérébral sur lequel vous pensez édifier l'Inconscient.

Néo. — Je ne puis vous réfuter. N'empêche que les images consécutives d'une sensation finissent par disparaître, par devenir inconscientes, parce qu'imperceptibles, quoique persistantes vraisemblablement.

Ali. — Il me semble qu'il y a confusion. Sans doute, les images consécutives de la vue, du toucher, de l'ouïe, après s'être manifestées plusieurs fois de moins en moins nettement, deviennent-elles indistinctes ; mais ce n'est pas la conscience qui est en jeu, c'est l'acuité sensorielle, la clarté. Or, l'imperceptible n'est pas l'infiniment petit, sur quoi, par erreur, on a bâti l'inconscient. Le langage ordinaire, déjà sous la plume de Leibniz, s'est montré tout à fait impuissant à expliquer congrûment le fait algébrique. L'infiniment petit véritable est théoriquement et pratiquement nul et non pas simplement imperceptible ; c'est un être mathématique et non expérimental, sans valeur fixe, pas du tout mesurable, même très grossièrement, et qui ne saurait en aucune manière constituer un seuil dont la valeur n'est jamais infiniment petite, mais bien réelle et très notable. Parce que vous ne distinguez pas une feuille de la masse d'une forêt lointaine, ou une cellule sur la coupe d'un foie, vous ne pouvez dire qu'elles sont inconscientes. Si vous augmentez la proportion du grossissement de votre microscope, vous ne croyez pas avoir changé la proportion,

seuil de votre inconscient, inconscient à immersion ou à revolver, dirais-je.

Néo. — Certainement non ! Décidément, j'y renonce.

Ali. — Vous renoncez à la discussion ou à son objet ?... Ce qui découle de l'affaire, c'est, je crois, que le mot inconscient ne couvre qu'un mélange hétéroclite de diverses déductions verbales et grammaticales appuyées sur des confusions entre faits mal interprétés, ou défigurés, ou supposés, que l'inconscient ressemble pas mal au simple et peu pompeux « ignoré ». Je puis, bien entendu, me tromper, mais, à l'origine de l'inconscient, je crois trouver le sophisme qui fait donner une existence à quelque chose de défini, ou paraissant tel. On définit l'ignoré « ce dont on ne sait rien » ; il est évidemment énorme, ses propriétés sont donc innombrables ; il a, en particulier, rarement, celle de devenir le connu ; alors on passe des propriétés aux facultés, des facultés aux effets ; et finalement on se convainc que l'on en sait long sur cet « ignoré » correctement et logiquement défini, « ce dont on ne sait rien ». Il a un nom, c'est donc un être ; et depuis Von Hartmann, mais sous le vocable inconscient, on en intitule des volumes... O Byzance !...

Néo. — On ne sait si vous plaisantez. Allons soit ! Tant pis ! La statue freudienne n'a plus ni tête, ni bras, ni pieds. Sur l'interrogatoire comme piédestal, reste le torse, je veux dire la psychianalyse.

Ali. — Interprétation de l'interrogatoire.

Néo. — Et vous savez mon avis sur certains modes d'interprétation de Freud. Je regarde le déguisement, l'ambivalence, comme des trucs, des ficelles de théoricien mystique, systématisé dans

l'érotisme ; il est indubitable qu'avec des antiphrases, des métaphores, des symboles, on puisse dire qu'une planche signifie une femme « a contrario » ; finir par prétendre qu'une petite fille de huit ans, qui rêve qu'elle vole comme un oiseau, rêve qu'elle est devenue femme légère et fait un songe sexuel ; ou encore que si je rêve d'une cascade ou d'une vague, c'est une sorte de souvenir de mon séjour dans le liquide amniotique. Tout cela me paraît dépasser l'excessif.

Ali. — Pourtant, au Café, vous interprétiez comme Freud la crise hystérique.

Néo. — Je n'avais entendu qu'une cloche. Vous avez mis de l'eau dans mon vin, depuis.

Ali. — Aussi, vous ne vous êtes pas encore décidé à avaler ma mixture.

Néo. — Juste ! Me plaît mieux pour l'instant la théorie du rêve, réalisation d'un désir refoulé.

Ali. — Non seulement le rêve, mais encore, selon les freudistes, toute œuvre d'art. Ainsi, le tableau de Greuze, « la cruche cassée », où le calembour gaillard est évident puisque « cruche » vaut fille niaise et « cruche cassée » fille irrévocablement déniaisée ; n'y a-t-on pas vu le désir de Greuze de posséder une pucelle, le peintre ayant épousé une fille folle de son corps ? Il me semble que l'esprit du XVIII^e^ siècle suffit à expliquer le tableau ; sinon, retournant ce pseudo-raisonnement freudiste, on devrait penser que tous les artistes ayant portraituré des femmes faciles n'avaient jamais pu réaliser le désir de commerce intime avec une catin.

Néo. — Cette psychanalyse est comique et abusive. Quittons les arts et restons dans le rêve.

Ali. — Notez d'abord, que le refoulement d'une idée équivaut simplement pour les refouleurs à avoir pensé : « drôle d'idée », ou « idée absurde », ou « vilaine idée » ; cette idée en fait a été passagère, comme un pendule oscillant vu de profil, si je puis dire, disparaissant dans une brume ou un brouillard. Nous avons parlé des images consécutives de la vue, de l'ouïe, du toucher, qui prouvent que notre organisme se conduit comme un corps élastique déformé par un choc, une impulsion...

Néo. — Toujours vos explications matérialistes, sinon de matérialiste.

Ali. — Comment cela ? Vous savez bien pourtant, que tout philosophe spiritualiste prétend l'être seul, et accuse ses confrères de soutenir des doctrines à tendances panthéistiques, sinon même « entachées de matérialisme ». On part de l'âme bien affirmée immatérielle, on passe à la conscience, et l'on parle du poids de celle-ci, du vomitoire de celle-là.

Néo. — Ce sont des métaphores.

Ali. — Taratata ! Argument trop connu ! Tropes ou métaphores pour soi, et pied de la lettre chez le voisin qui renvoie la balle ! D'ailleurs Régis et Hesnard, scrupuleux citateurs, rapportent que l'Affekt, notion capitale en psychanalyse, est une quantité mobile, déplaçable, qui peut s'appliquer avec plus ou moins d'adhérence à un système de complexes, se répandre très inégalement sur des constellations de complexes, etc. Je me demande : qu'est-ce qu'une notion qui serait une quantité dont on ne dit pas de quoi? Je réponds: charade ou charabia, avec évocation de gomme arabique bien fondue. Vous ne me soutiendrez pas que cette colle est purement séraphique et spirituelle ? Que

les spiritualistes freudistes commencent. En attendant, votre objection de matérialisme est nulle rigoureusement. Le schématisme appelé à l'aide de la physiologie cérébrale n'est pas du matérialisme.

Poursuivons. Je disais que nous ressemblions à un corps élastique vibrant, ou à un pendule, donnée qui s'applique au cerveau selon divers travaux, ceux de Swoboda, Pailhas, etc., dont on tient trop peu compte. Cela est net, particulièrement en ce qui concerne les rêves, très souvent périodiques. Il est donc superflu de parler de refoulement. Des interférences, du reste, favorisent certains retours, de sorte que l'on assiste à des survenues et des évanouissements de périodicité complexes dont le fading des transmissions radiophoniques est un assez bon modèle. On se rend ainsi compte que si la solution d'un problème ne dépend que de moyens pour ainsi dire courants, la coïncidence des oscillations arrive assez vite à se produire et à amorcer la solution, tandis que si, au contraire, il faut pour ce but coïncidence, « battement », avec un expédient exceptionnel, la solution apparaisse inopinément, comme si le hasard ou plutôt une inspiration était en cause, en cause mystérieuse bien entendu, car cela fait plus génie !

Néo. — J'abandonnerais volontiers le refoulement du désir. Après tout, que les désirs érotiques, par exemple, produisent des rêves périodiques, par périodicité génitale compliquée de périodicité cérébrale, me suffit pour légitimer l'emploi de la psychanalyse dans la recherche des tendances et des désirs secrets d'un individu.

Ali. — Il me paraît difficile de soutenir que les rêves sont l'exact reflet des désirs. On devrait même dans les cas les plus typiques ne parler que de

simples projets et d'une consistance peu ferme. Ainsi : l'on s'aperçoit que pour compléter un travail, il serait utile de visiter un musée ou de lire tel livre, et une belle nuit, on rêve que l'on visite le musée ou que l'on est chez un libraire ; mais, et j'insiste, divers empêchements banals rendent ces démarches infructueuses naturellement. Le désir, s'il en existait un vrai, étant le succès, n'est pas du tout réalisé ; au contraire, il y a avortement. Soit maintenant le cas encore fréquent, mais pathologique, du rêve des alcooliques : cauchemar professionnel, se terminant par une chute dans un précipice, une poursuite effrayante ; où peut-on y trouver une réalisation de désir ? D'autant que le malade souhaite ardemment de n'avoir pas de cauchemar et se montre ravi si on lui procure un sommeil paisible. Freud me paraît oublier l'extrême brièveté du rêve dont le rapport avec la cause du réveil est bien établi ; exemples : le coup de sifflet qui produit chez le dormeur un rêve de navigation autour du monde ; ou la chute d'un poids qui fait croire au dormeur qu'il a vécu la Révolution, été emprisonné, jugé, guillotiné ; l'envie d'uriner, la nudité du dormeur, etc., amènent encore des rêves fort désagréables de situations à coup sûr non désirées. Si c'est pour aboutir à des trouvailles pareilles que l'on emploie la psychanalyse, c'est bien chercher midi à quatorze heures.

Néo. — Il y a des rêves agréables.

Ali. — Des parties de rêves ; et c'est la disposition optimiste du rêveur qui lui fait oublier les éléments désagréables. Or, cette disposition est un indice de fatigue cérébrale ou pis, de débilité ou démence, états visibles sans cela et plus nettement.

Néo. — Oui, je l'admets. Cependant Freud est

arrivé par la psychanalyse à mettre en évidence nos dominantes mentales constitutionnelles et ancestrales et c'est bien quelque chose à l'acquit de la psychanalyse que la découverte du complexe d'Œdipe, forme de la tendance à l'inceste, découverte si féconde en résultats décisifs.

Ali. — J'aurais voulu éviter l'examen de cette question extra-médicale, mais indubitablement fondamentale, capitale, essentielle, pour la justification théorique et pratique de la psychanalyse. Mais Freud ayant fabriqué un horrible mélange, on est bien forcé, pour le juger, d'excursionner dans des branches de connaissances diverses à la recherche des vérifications nécessaires.

Tout d'abord, il me faut dire que le totémisme a des adversaires de plus en plus nombreux ; c'est un fait. Ensuite, la tendance à l'inceste qu'il serait devenu nécessaire de prohiber dès la constitution des sociétés sauvages, reste à démontrer entièrement. On nous parle en effet, surtout de la défense de l'inceste entre belle-mère et gendre ; reconnaissez que ce n'est pas là un inceste bien caractérisé, et que, biologiquement, ce n'en est même pas un. D'autre part, il semble que l'inceste vrai est plutôt en faveur chez les sauvages : en effet, toutes les fois que quelque chose paraît grave à ces prétendus primitifs, ils procèdent à une cérémonie qui se termine par une orgie sexuelle sans limitation, sans tabou : d'où l'on devrait conclure à la solennisation de l'inceste plutôt qu'à sa prohibition. Au Moyen Age, quand un événement jugé extraordinaire survenait, c'étaient processions, messes, offices, donc pas de prohibition de la piété.

Néo. — On a soutenu que le sacré fut l'impur.

Ali. — Hypothèse seulement et dont la généralité

devrait être démontrée. Or il s'en faut. En attendant, on est seulement porté à se demander si, pour les sauvages nos contemporains, la pratique de l'inceste vrai n'est pas aussi recommandable qu'une exaltation de la dévotion pour un chrétien. L'inceste, chez ces sauvages prétendus primitifs, loin d'être impur, m'apparaît comme un sacrifice analogue à celui de victimes, sensées nourriture des dieux affamés, aux offrandes de musique, de chants, de parfums, d'étoffes, etc. qui, excellentes pour les humains, sont estimées agréables aux puissances surhumaines. La prostitution sacrée n'a d'autre origine et d'autre but que l'idée de besoins sexuels à satisfaire chez les dieux et n'indique pas un tabou restrictif des rapports entre humains. Telle apparaît la pratique de l'inceste chez les sauvages. Et, si l'inceste a été limité, il me semble que c'est parce que l'union pouvait priver les ancêtres du mari de descendants assurant leur quasi-résurrection, car, les recherches sur la sexualité l'ont expliqué par la similitude des gamètes et de leurs chromosomes, plus il y a consanguinité des unions, moins la naissance de mâles est possible. Les conséquences de l'inceste sont faciles à remarquer et des règles pour les restreindre ont suivi peu à peu en tâtonnant. Par conséquent, je ne puis suivre Freud et accepter sa théorie basée sur la prohibition, qui n'existe pas, d'une tendance à l'inceste, tendance qui, on ne peut dire pourquoi, serait tellement impérieuse constitutionnellement qu'il faudrait y voir un élément cardinal de la folie.

Néo. — En somme, la prohibition de l'inceste est une question de point de vue et d'interprétation au lieu d'être une donnée scientifique acquise et incontestée. La chose est grave pour le freudisme,

car cette doctrine en tirait un air de généralité, donc de certitude, que paraissait vérifier comme à point nommé l'histoire du grec Œdipe.

Ali. — Malheureusement, ce n'est pas une histoire vraie. C'est un thème théologique dont la conséquence pratique était un tout autre inceste. Ce thème fut une antienne, pour ne pas dire une rengaine, des textes religieux égyptiens pendant cinq millénaires. Horus était dit modeleur de son père Osiris et taureau, mâle ou mari de sa mère Isis ; ce qui signifie que les Egyptiens croyaient que le fils remplaçait totalement le père, que les descendants étaient les ascendants ressuscités, étaient ces ascendants eux-mêmes : « Je suis la mère de ta mère et également ta fille » ou « tu es fils de ton fils » disaient-ils encore. D'autres formules aussi typiques, dont je vous fais grâce, exprimaient cette ferme conviction, mais aucune n'était plus frappante que « le fils est le mari de sa mère ». Aussi, pour assurer à la perfection l'identité entre les générations, les Egyptiens regardaient-ils le mariage entre frère et sœur comme l'union parfaite et méritoire, négligeant apparemment ses inconvénients ou y palliant par l'adoption des enfants de concubines. Les Grecs prirent à l'Egypte la pratique, mais seulement pour éviter le partage de l'héritage ; quant à la théorie, si je puis dire, ils en firent des fables en anthropomorphisant, selon leur habitude. On fabriqua le conte d'Œdipe, et, par symétrie, on raconta que Cinyras avait fait à sa fille Myrrha le petit Cupidon ; puis, finalement, que plusieurs rois héroïques de la Grèce avaient épousé leurs propres filles. De là, est née la persuasion que la fable d'Œdipe était une histoire vraie de la première humanité, et donc une ten-

dance naturelle, instinctive et ancestrale, que l'on doit retrouver chez tous les modernes. Freud, trompé par le préjugé courant, a voulu retrouver Œdipe ; il a dû imaginer le déguisement, l'ambivalence, l'interprétation *a contrario*, pour y arriver, car naturellement la chose ne ressortait pas des faits tout simples.

Néo. — Cela en a l'air. Pour moi, je croyais la psychanalyse solidement appuyée sur le totémisme ; les coutumes cinq fois millénaires des Egyptiens n'encouragent pas ma confiance en l'*Œdipus complex*. Je ne conçois pas qu'une croyance exprimée pendant des milliers d'années, si elle eut été d'accord avec une tendance constitutionnelle, n'ait pas réussi à s'introduire telle quelle dans les mœurs. Si elle a conduit, par la logique des faits, à l'inceste entre frères et sœurs, c'est celui-ci que la psychanalyse devrait constater, or, elle ne semble pas même le soupçonner ! Cela me dépasse. J'avais entendu parler cependant du totémisme égyptien.

Ali. — Oui, mais il y a abus de terminologie. Ce totémisme que l'on peut dire « blanc » est tout différent du totémisme australo-américain contemporain, « totémisme rouge et nègre » ; la seule similitude est dans l'appellation « totémisme », car leurs caractères essentiels sont en opposition irréductible ; par exemple, l'un est endogamique, le second exogamique. Il faut remarquer que Freud a lui-même noté les contradictions et revirements des partisans du totémisme proprement dit, le rouge et nègre, mais il néglige l'avis des gens qui ne l'estiment qu'exceptionnel, incomplet, même incertain.

Néo. — Je me serais donc, par trop de confiance,

laissé repaître de fumée ? Vous devez en secret me traiter de néophyte.

Ali. — Je n'oserais ! J'espère simplement que mes comparaisons « physiques » malgré leur apparence terre-à-terre, vous deviendront plus sympathiques que les ingénieux châteaux de cartes ethnologiques.

Je reviens donc aux rêves. La théorie qui ne retient dans les rêves que ce qui peut avoir rapport avec la réalisation d'un désir, me surprend d'autant plus, chez Freud, que notre homme fait grand fond des intimes similitudes entre rêve et délire. Or, que montrent les délirants ? Tant qu'ils ne sont pas affaiblis intellectuellement, leur délire expansif, mégalomaniaque, n'est qu'un accessoire du délire pénible de persécution, de mélancolie ou d'hypocondrie ; il leur faut être imbéciles ou déments pour que les tendances ambitieuses dominent exclusivement. Alors, comment accepter que des désirs soient réalisés par des cauchemars ? D'autant plus, encore une fois, que les malades seraient enchantés de guérir ou d'être débarrassés de leurs persécutions dont le caractère exceptionnel détermine et alimente leur mégalomanie, c'est-à-dire leur croyance qu'ils sont des gens exceptionnels.

Néo. — Ils préfèreraient peut-être voir réaliser cette mégalomanie ? Mais comment vérifier ?

Ali. — Essayons. Ainsi, les malades qui sont la proie de la mégalomanie maxima, qui sont convaincus de leur immortalité, de leur éternité, en sont profondément désespérés, tellement et si sincèrement que l'on ne peut admettre qu'ils souhaitent la réalisation de leur mégalomanie. Quant aux mégalomanes « moyens » fournis par les persécutés, leurs désirs sont assez enfantins, et, tel Socrate,

se bornent souvent à réclamer une pension assez modique ; même celui qui se croit appelé à être pape, n'a d'autre but que de se dévouer au bonheur d'autrui et ne s'en dissimule pas la difficulté. Il n'y a que les déments paralytiques généraux et les débiles mentaux profonds qui millionnent : mais les premiers, euphoriques, sont convaincus de la réalisation achevée de leur délire, et les seconds, chagrins, sont plutôt des revendicateurs, des processifs, qui jamais ne seront satisfaits et réclameront davantage. Alors ?

Néo. — Sur les aliénés, je suis d'accord forcément avec vous. Mais il y a les autres, les normaux ou presque.

Ali. — Ou presque ! Vous l'avez dit. Mais vous ne pouvez nier que, comme l'a dit Claude Bernard, le pathologique n'est que l'exagération du normal. Alors doit ce que laissent voir les aliénés se retrouver chez les « presque normaux ». Est-ce qu'un ambitieux, un riche, sont jamais satisfaits ?

Néo. — Evidemment non !

Ali. — Conclusion : l'élément pénible ne peut-être omis ni dans le délire, ni dans le rêve, et ce dernier ne saurait être regardé comme la réalisation d'un désir selon la théorie par trop simpliste et simplifiée qui avait votre agrément.

Néo. — Qui l'a encore, partiellement, car elle s'accorde ou se lie avec une autre question de notre programme.

Ali. — Le refuge dans la maladie compensant la réalité, je suppose ?

Néo. — Parfaitement. J'écarte d'abord le simple refuge dans la maladie qui n'est qu'une manifestation de dispositions hypocondriaques. L'évasion

du réel y est contestable et puis vous me diriez que les hypocondriaques recherchent leur guérison ou bien qu'ils ressemblent en plus distingué aux mendiants qui entretiennent une plaie ou toute autre infirmité, cas de semi-simulation trop apparentée à ce que présentent les hystériques courants. Je pense sinon au rêve proprement dit, au moins à la rêverie, dont en vertu du principe de Claude Bernard que vous m'opposiez en quelque sorte tout à l'heure, vous ne contesterez pas l'analogie avec le délire. Or, la rêverie est en règle très générale optimiste, mégalomane en érotisme, en richesse, en gloire, et le rêveur, non seulement s'y complaît tout naturellement, mais y trouve une diversion aux déboires et médiocrités de son existence banale, impuissante, ratée. L'évasion du réel, le refuge dans la maladie relative, dans le presque pathologique, se trouvent donc incontestablement justifiés, et, puisque la rêverie donne la vie au désir, je pense que l'on est en droit d'étendre ce résultat au dormeur. Un fait comme la rêverie, d'une fréquence aussi considérable, qui existe chez tous les individus moyens, contrebalance tout ce que l'on peut déduire avec vous de l'observation des aliénés et contre la psychanalyse !

Ali. — Je vous ferai remarquer d'abord que vous taisez ce qui, dans la rêverie, est amertume, promesse de revanche, de représailles, de vengeance contre tous ceux que le rêveur éveillé rend responsables d'un sort immérité ; contre l'univers coalisé dans une concentration de méchanceté, en un mot, vous taisez dans la rêverie tout ce qui est croyance à une persécution, tout ce qui est interprétation fausse et illusion, tout ce qui enfin apparente ces individus à des persécutés ambitieux, et annihile

toute portée à votre description de la rêverie. Enumération incomplète, vous crierait Descartes ; ensuite, je vous citerai un exemple très typique et, voilez-vous la face, celui d'un aliéné interné.

C'était, lui aussi, un pauvre diable, physiquement, intellectuellement et socialement ; sans famille. Il se marie, se livrant aux alcoolisations de rigueur dans son milieu. A peine entré dans la chambre nuptiale, il en ressort en proie à la plus extrême terreur, tellement malade qu'il est interné illico. Débile mental alcoolisé, persécuté, halluciné très confus. Trois ans après environ, je le retrouve dans un asile provincial, moins terrifié mais toujours persécuté ; tuberculeux très avancé, car périodiquement il tombe dans la stupeur hallucinatoire avec refus total de manger, mutisme, etc. Je l'alimente à la sonde, le sermonne, car sa démence précoce, comme on dit, le laisse très capable d'entendre. Un beau matin, il me dit brusquement : « Bien sûr que je vais manger pour perdre mes visions de paradis ! Dans mon état de maladie, enfermé pour toute la vie, c'est ma seule consolation et je m'en priverais ? j'aime mieux souffrir par la sonde ! Voyons. » Ce cas ne ferait-il pas les délices d'un freudiste ?

Néo. — Forcément ! Choc affectif génital, hallucinations pénibles symboliques, délire compensateur de l'existence ratée, tendance à la prévalence de la personnalité puisqu'il va au paradis, évasion du réel qui est l'asile et refuge dans ses visions, par élan vers l'idéal résultant d'un besoin ancestral du merveilleux ; tout s'explique très bien par les principes de Freud et même, se plaçant à un point de vue supérieur, ce délire mystique presque toujours pénible, apparu à l'occasion de l'acte

du péché originel peut servir de thème à des développements de haute portée morale.

Ali. — Certes, d'autant plus que cela ne dépend que de l'éloquence du moraliste. En tout cas, toute votre belle explication n'en est pas une, si l'on se place au point de vue scientifique, ici médical. Dire que le péché originel est la cause de la folie, autant dire que c'était écrit et d'ailleurs rien là qui ne puisse s'appliquer à tout le monde, sain ou non. Pourquoi ne pas rendre compte du cas actuel ainsi : dans le cerveau déjà faible d'un tuberculeux, l'alcoolisation produit des hallucinations pénibles et un délire qui persiste atténué ; plus tard se montrent des alternatives d'expansion et de dépression avec crises hallucinatoires de même couleur, comme on voit se suivre des voix persécutrices et des voix consolantes chez certains persécutés chroniques ? Ce sera d'une manière analogue que l'on comprendra les ratés : des cyclothymiques, alternativement dans la même journée déprimés et expansifs, persécutés et ambitieux ou des déséquilibrés offrant simultanément ces deux caractères. C'est de la pathologie simple sans théologie morale, sans psychologie philosophique, sans intention de dévoiler la fameuse Isis des destinées humaines ou universelles. Si un malade montre de la fièvre hectique quotidienne, on mettra en cause la tuberculose et on n'en cherchera pas l'origine dans la rotation de la terre, car celle-ci tourne pour tout le monde, tuberculeux ou non, d'abord, et ensuite parce que les deux phénomènes sont trop éloignés l'un de l'autre. Trop loin sont du délire la faute originelle, les sauvageries : au contraire, les hallucinations pénibles et l'alcoolisme sont en rapport pratique : immédiat ; on peut

presque faire la contre épreuve. Que la Science ne soit pas ailée, qu'elle ne plane pas, soit ! Elle est Science et non Rhétorique, comme un carré n'est pas rond. Hors d'elle, ce sont les vagues et emphatiques généralités de la vulgarisation romanesque, de la philosophie poétique et diffuse. C'est du reste dans l'état euphorique qui accompagne la digestion d'un trop copieux repas suivi de l'absorption d'alcools nobles que l'on montre des penchants à philosopher et un cerveau obnubilé prêt au sommeil autant qu'aux réflexions mélancoliques, selon la règle de la périodicité ou élasticité de notre organisme. J'ajouterai que la défiance scientifique envers les points de vue trop généraux, trop éloignés de leur application, résulte de la facilité avec laquelle on tire le vrai de plusieurs propositions fausses ; or, l'on n'est jamais sûr que le général qui est le généralisé, soit totalement vrai.

Néo. — Je comprends cela, et que le déterminisme scientifique exige des relations aussi immédiates et aussi égalitaires, de plain pied, que possible. D'autre part, j'ai toujours été gêné dans mon admiration pour la philosophie antique, par ces banquets où les arguments s'échangaient entre des couronnés de lierre « pour éviter l'ivresse » ; il me semble, que ces philosophes qui ne se rendaient pas compte de l'inefficacité évidente du lierre étaient d'esprit bien peu pénétrant et que, comme l'astrologue, ils avaient trouvé là un puits sous leurs pas.

Il est plus « médical », certes, d'ordonner, comme vous le faites, les symptômes de votre malade et de mes quasi-normaux en les rattachant au cyclothymisme, que de les ordonner selon le freudisme. Le seul ennui que j'éprouverais en vous

suivant, est celui d'abandonner l'évasion du réel, le refuge dans l'idéal.

Ali. — Mais préférer des hallucinations agréables à d'autres pénibles, n'est pas quitter le réel, pas plus que vibrer entre le soupçon de persécutions imaginaires et la caresse de vengeances ou de triomphes irréalisables. Je remarquerai du reste que l'on voit de nombreux maniaques devenir mélancoliques : s'évadaient-ils dans le réel ? N'est-il pas mieux conforme aux simples faits de dire que tous ne font que subir les changements d'état alternatifs de leur cerveau.

Néo. — En effet, tel est le point de vue médical, et comme vous dites scientifique ; il est évidemment plus solide, car l'idéal en question est vague, inconsistant, ce n'est que l'imaginaire, le plus souvent sans beauté, mesquin.

Ali. — Très bien ! Voyons un peu la libido !

Néo. — Ah ! oui, notre programme : Claparède demande ce que peut bien vouloir dire une libido processus sexuel mais non génital ; pour moi, c'est le carré rond : passons donc.

Ali. — Au fond, la libido n'est que l'instinct de reproduction, dans quoi l'on englobe celui de nutrition. Quant aux fonctions de relation, Freud ne fait que reprendre à son compte l'entreprise, déplorable à mon humble avis, de supprimer le cerveau. C'est un « foie », diagnostiquait de préférence Pierret devant tel ou tel aliéné ; depuis, des aliénistes ont fait une part exclusive aux cénesthésies ou aux sécrétions internes alors qu'on devrait probablement à côté des sensitifs, des moteurs et des vaso-moteurs, faire une simple place aux « sécrétoires », puisque les réflexes atteignent les glandes aussi bien que les muscles.

Ajoutons l'influence d'une philosophie aussi prétentieuse que courte et arriérée qui, sous prétexte d'intuition, proclame, peut-être trahie par le langage ordinaire, la quasi-nocivité de l'intelligence ; vivent les grenouilles sans tête et les termites, quoi! Pensez si cela a séduit les foules dont l'imbécilité a si bien été étudiée par Le Bon et combien vite se sont mises à ce pas la presse et la littérature, chefs de file des masses qui seront leur clientèle. Il est pourtant difficile de refuser au cerveau une tendance à stimuler et à maîtriser l'organisme moindre qu'à l'ovaire, ou à la thyroïde, etc., puisque les animaux décérébrés de Sherrington deviennent immédiatement non seulement plus impulsifs, mais beaucoup plus fatigables. Il y a lieu de rendre au cerveau les rôle et place qu'on lui marchande et au degré d'intelligence le poids que lui donnait Magnan dans ses diagnostics. Il importe notamment, à mon idée, de revenir décidément à expliciter l'existence de la débilité mentale en l'évaluant selon les règles de Simon d'après les échelles de Binet et Simon. Alors il faudra éviter avec soin de fonder la psychiatrie sur les délires des débiles ; ceux-ci doivent être, au contraire, éclaircis par les délires des malades intelligents, ainsi que nous l'avons jugé bon pour les ratés et le visionnaire de paradis. La débilité mentale simule pour ainsi dire tous les types pathologiques bien établis, mais de façon fruste ; elle ressemble à tout et à rien ; finalement la débilité est pour la psychiatrie ce qu'est l'hystérie pour la neurologie. Remarquez que le freudisme n'a guère pour base clinique qu'observations d'hystériques et de débiles mentaux : là est le vice radical du système. Ce n'est pas d'ailleurs le seul, puisque Freud en est

arrivé à confondre péché et folie ainsi que le faisaient les aliénistes germaniques avec Heinroth, il y a plus de cent ans, selon la théorie moyenâgeuse de la possession par le démon des pauvres fous tenus pour des immoraux, des corrompus, des dépravés. « La psychanalyse confirme, écrit Freud, l'opinion des personnes pieuses qui prétendent que nous sommes de grands pécheurs. » Tout pareil doit être l'avis de Méphistophélès qui n'est pas un parangon de piété.

Néo. — Claparède (p. 18) trouve que Freud répète saint Augustin. Ce n'est plus de la médecine, très certainement. Je l'avais bien remarqué, mais contre cette ligne il y avait le volume d'apparence acceptable et que je croyais fortement construit. Le défaut de méthode m'échappait. Puis Freud parle avec tant d'assurance de choses échappant à notre contrôle aisé, totémisme, tabou, ethnologie, qu'on se figure apprendre du nouveau, du nouveau vrai, et l'esprit séduit, bercé de spéculations, le critique s'endort.

Ali. — Et il finit par rêver tout éveillé. Telle sera, si vous le voulez bien, notre conclusion.

Néo. — Mais non ! n'oublions pas le côté thérapeutique de notre affaire.

Ali. — Puisque l'on rapporte des cas de suicide chez les malades soumis à la psychanalyse, le traitement est loin « de ne pas nuire d'abord ». Je laisse de côté les suicides de psychanalystes ! Alors?

Néo. — Justement !

Ali. — Je ne comprends pas. Prendriez-vous à votre compte ce que dit Claparède (p. 11) ? et ce que l'on a tant defois répété depuis : « La confession est une psychanalyse qui donne une issue aux états refoulés, et délivre l'âme ? » Mais, dans une

confession, il y a aveu, reconnaissance de quelque noirceur ; tandis que le sujet analysé ignore les ignominies dont on veut qu'il se dise coupable, malgré ses négations légitimes. S'acharner à convaincre de pauvres diables et diablesses d'actions que, même peu scrupuleux, ils trouveraient abominables, alors que ce ne sont que des anxieux, innocents, « comme l'enfant qui vient de naître », ajouterais-je, si justement Freud n'affirmait la luxure, l'inceste, le masochisme, etc. des nouveaunés, ce n'est pas faire acte de paternel confesseur, mais c'est d'un juge d'instruction et même la torture, un véritable « forcez-les d'entrer ». Comment a-t-on pu s'y tromper ? Comment Freud, qui a dû étudier les légendes antiques sur le cas d'Œdipe et de Jocaste, n'a-t-il pas médité la variante qu'en est l'aventure de Secundus ?

Néo. — Je ne me rappelle pas ce nom.

Ali. — Vous vous expliquerez ma profonde répulsion de voir entrer la philosophie dans la médecine, car la médecine de Freud est devenue, pour moi, indissolublement liée à la philosophie de Secundus. Voici l'affaire. Secundus, encore aujourd'hui admiré et même révéré en Orient, était une sorte de Levantin syrien qui philosopha à Athènes au temps de l'empereur Adrien. Dans un Livre de Sagesse, ne lut-il pas un jour que toutes les femmes sont corrompues et corruptibles, qu'il n'y en a point d'honnêtes, etc. Secundus philosophant, désira vérifier cette « sagesse ». Puis, raisonnant philosophiquement sur le mot toutes, il se souvint de sa mère veuve qu'il avait quittée dès l'enfance. Il retourne donc au pays, déguisé en riche voyageur, et entreprend de séduire sa mère. Il finit par réussir. Alors, il se fait reconnaître, sermonne la

malheureuse qui, désespérée, plante là sermonneur et sermon pour, comme Jocaste, courir se pendre. Ensuite, enfilant une série de spécieux raisonnements qui le disculpent entièrement, Secundus s'en retourne paisiblement à Athènes, où l'aventure connue, évidemment par lui-même, consacre pour des siècles sa célébrité avantageuse !

Néo. — Cette horrible histoire ne me surprend pas. Les néophytes de tout calibre sont exposés à des drames affreux. Tout freudiste est, autant dire, virtuellement un Secundus réincarné. Oui, il est effroyable de ne pouvoir se souvenir d'une caresse de sa mère sans songer à Œdipe, de son père sans songer à l'homosexualité ; pareillement vis-à-vis de son fils ou de sa fille. Toute affection est salie ainsi que toute amitié ! Aussi est-ce faire œuvre pie que guérir quelqu'un du freudisme. Mesurez combien un individu est soulagé quand il possède des arguments contre le poison freudien, car poison n'est pas trop dire. C'est la délivrance, la paix, la vie, la lumière, qui entre, enfin, dans son âme.

Ali. — Pourvu que cet individu ait du cœur. En somme, alors que je croyais n'être qu'un médecin du cerveau, me voici guérisseur d'âmes ?

Néo. — Parfaitement ! Vous aviez tort d'opposer les deux médecins au début de notre discussion. Ah ! ah ! j'ai réussi à vous convaincre d'une erreur !

Ali. — Ma foi, si vous y tenez ! C'est bien votre tour !.....

AMELINE,
Ainay-le-Château (Allier).

UN CAS D'HYSTÉRO-CATATONIE ; L'HYSTÉRO-SCHIZOPHRÉNIE

Par Henri DAMAYE

En différents travaux, nous avons signalé et étudié ces états mixtes, complexes, ces syndromes psychiques associés ou combinés, qui constituent des psychoses encore peu décrites et posent des problèmes diagnostiques (1). Nous avons montré notamment comme les associations de la confusion mentale et comme celles de la schizophrénie donnent lieu à des hésitations diagnostiques et allongent les nomenclatures déjà si étendues et si discordantes de la pathologie mentale. La simplification viendra, peu à peu, des études anatomo-cliniques.

Nous avons montré, en différents travaux, la fréquence de ces états mixtes et indécis qui semblent pouvoir être indifféremment rattachés à l'hystérie ou à la démence précoce. Chez des malades de la guerre, nous hésitâmes souvent entre les deux états précédents, même parfois entre trois états, car les reliquats d'un état commotionnel ressemblaient, chez certains, à de la schizophrénie ou à des psychonévropathies.

Le souvenir d'une malade appelée jadis « la dormeuse de Thenelles » commence à disparaître. Les neurologistes de la fin du précédent siècle connurent Marguerite Boyenval qui, dans un village de l'Aisne, resta en catalepsie de 1883 à 1903. Elle succomba à la tuberculose. Sa mère disait qu'elle présentait, de temps à autre, une petite crise d'hystérie sans s'éveiller. On ne lui appliqua que des traitements symptomatiques (aimants, électrisation...) qui n'eurent point de résultat. Nous nous souvenons qu'en 1903, des médecins de

(1) Eléments de neuro-psychiatrie, Maloine, édit., 1re édition de 1923. La schizophrénie et ses associations. *Annales médico-psychologiques*, octobre 1927.

l'Aisne ayant lu les descriptions de Kræpelin sur la catatonie, nous demandèrent s'il ne s'agissait pas d'un cas de démence précoce plutôt que d'un cas d'hystérie...

Il y a quelques mois, Claude et Henri Baruk (1) reprirent cette question et y apportèrent de très intéressantes contributions. « La crise de catalepsie hystérique, disent ces auteurs, guérit d'habitude complètement. Elle peut se reproduire ultérieurement sous l'influence de conditions analogues, mais ne laisse pas, en général, de perturbations psychiques importantes dans l'intervalle des crises... Les crises de catatonie, au contraire, sont souvent le prélude de l'évolution d'une démence précoce. »

Nous allons reproduire l'observation d'une malade que nous avons étudiée, laquelle présentait un de ces états cliniques inédits tenant à la fois de l'hystérie et de la schizophrénie. Le cas nous semble avoir un intérêt et une valeur, d'autant plus que nous eûmes un contrôle anatomique.

Lydie C..., domestique, entre à l'asile en juin 1922, à l'âge de vingt et un ans, célibataire. Elle vient de l'asile de Niort, où on la conduisit, plusieurs mois auparavant, pour « dépression, mélancolie, inertie, mutisme, refus d'aliments, fond névropathique » (Dr Dezwarte). Les règles avaient cessé ; maintenant, elles ont reparu et la malade n'est plus du tout cataleptique. « Mes idées étaient parties, nous dit-elle. Je ne bougeais plus, je ne parlais pas. Mais à présent, je me sens bien. Je ne puis plus rester tranquille : il faut que je m'occupe. »

Lydie C... est bien orientée, sans incohérence. Son appétit est médiocre. Elle ne tousse pas. Il y a cependant des frottements sans craquements aux sommets. Calme. Pas d'idées délirantes. *Pas de signes physiques d'hystérie.* Aspect anémique. — Séries de cacodylate de soude, préparations iodées et suralimentation. Sur la demande de sa famille, Lydie quitte l'asile très amélio-

(1) Claude et Henri Baruk. — Les crises de catalepsie ; leurs rapports avec l'hystérie et la catatonie. *L'Encéphale*, mai 1928. — La seconde partie de la thèse d'Henri Colln est consacrée à l'étude des psychoses, des anomalies mentales et sexuelles chez les hystériques. *Essai sur l'état mental des hystériques.* Paris, 1890. Rueff, éditeur.

rée physiquement, en septembre 1922. Les seules anomalies mentales observées ici, en ce séjour, furent sa loquacité et un peu d'érotisme.

On la place de nouveau comme bonne et, durant une année, les choses vont à peu près. Puis, Lydie commence à s'isoler, à se négliger de plus en plus et à se plaindre de maux de tête. Elle déchira plusieurs fois ses vêtements. De bavarde, on la vit taciturne et ensuite complètement muette. Elle s'alimenta de moins en moins. Il y eut, chez elle, constipation et rétention d'urine.

Lydie revient à l'asile en novembre 1924, accompagnée du certificat suivant : « Névrose hystérique, mutisme, anorexie » (Dr Lœwenhardt). Elle est inerte, ne parle ni ne s'alimente. Impossible d'en tirer une parole et de lui faire faire un mouvement ; mais pas de catalepsie. Réflexes tendineux forts. S'oppose un peu aux attitudes qu'on essaie de lui donner. Dermographisme rouge lent, très marqué et persistant avec vague et minime marge blanchâtre.

La malade ne mangea point seule : on l'alimenta comme une enfant. Séries de cacodylate de soude, potions iodées, suralimentation autant que possible. Mais cette thérapeutique n'eut pas de résultat. La stupidité s'accentua bientôt et Lydie présenta de la catalepsie. Les membres supérieurs surtout conservèrent passivement les attitudes. Les muscles de la face et les paupières ne participèrent pas à la catalepsie.

Notre malade vécut en ce même état jusqu'au mois de septembre 1925. Trois fois, elle parut se réveiller, mais pour quelques instants seulement : ce fut de courte durée. Nous portions alors le diagnostic de démence précoce avec stupidité catatonique.

En septembre 1925, des symptômes très graves et un état fébrile apparurent. Avec le Dr Raymond Briau, alors médecin de service, nous hésitions entre plusieurs diagnostics (péritonite, méningite...), car le tableau clinique semblait bizarre. Lydie ne parlait pas, ne se plaignait de rien. La catatonie disparaissait, mais non la stupeur ; la fièvre montait à 40°. Il y eut des attitudes en chien de fusil, des vomissements sans nausées, un pouls rapide et filiforme, une langue sèche, une consti-

pation opiniâtre, un ventre douloureux, des états variables de la pupille... Le hoquet apparut avec des vomissements porracés incoercibles. Nous crûmes remarquer une accentuation de ce hoquet lorsque nous venions dans la salle et plus encore quand nous approchions du lit. Ce grave syndrome diffus et la fièvre à 40° nous firent envoyer d'urgence la malade à l'hôpital, en vue d'un examen chirurgical et d'une intervention opératoire s'il y avait lieu. C'était le 10 septembre 1925.

Le 12 septembre, le directeur de l'hôpital téléphone à l'asile que la malade est bas et qu'elle va mourir. Le 14 septembre, le directeur téléphone que la malade est presque guérie !...

Chose curieuse !... Lydie avait guéri en quelques instants, pendant que le Dr Maugard, chirurgien, l'examinait et lui palpait l'abdomen en parlant d'intervention opératoire... Grande surprise et émoi du personnel de l'hôpital.

Alors, il y eut un petit incident. Comme Lydie est protestante, les religieuses de l'hôpital lui disent que sa guérison est due à Notre-Dame de Lourdes, afin qu'elle se convertît au catholicisme. On voulut la confesser, la baptiser. Très suggestible, Lydie consent ; mais sa famille s'oppose.

Lydie revient à l'asile en état de guérison. Elle est gaie, bavarde, comme lors de son premier séjour.

Ce fut, durant les mois qui suivirent, une période de très légère exaltation. La jeune malade travaillait, mais se montrait bavarde, très légèrement érotique. On relevait, en ses conversations, un peu de mythomanie et de petites interprétations erronées. Elle se montrait quelque peu fantasque, instable et fabulatrice. Elle se plaignait de souffrir d'une foule de maladies, que l'examen clinique ne révélait point.

Dix-neuf mois, la situation resta la même. Puis, sans cause apparente, en mai 1927, Lydie retomba dans l'état de catalepsie. Ce fut pire qu'à la première atteinte. Il fallut alimenter à la sonde œsophagienne avec du lait sucré, des œufs et de l'huile de foie de morue.

On essaya les séries de cacodylate, l'arsénobenzol même, l'iodure de potassium : rien ne fit. On essaya

l'électrisation statique. Rien ne fit : la catalepsie persista, avec indifférence, insensibilité absolues. Le gâtisme devint habituel. La catalepsie prédominait encore aux membres supérieurs, sans participation des muscles de la face. Les yeux regardaient, les paupières battaient. Lèvres et mâchoires se serraient fortement à toute tentative d'ouverture de la bouche pour introduire des aliments.

Tous les moyens thérapeutiques biologiques furent sans résultat.

En mars 1928, le même état persistait. Lydie s'amaigrissait progressivement, en dépit d'une suralimentation à la sonde. Mais la nutrition, l'assimilation, très ralenties par l'état cataleptique, ne devaient pas permettre une utilisation suffisante des aliments qu'on passait par la sonde.

Alors, se produisit un nouveau réveil. M. le Pasteur Cler vint visiter Lydie et, malgré l'état d'impassibilité, se mit à lui parler de sa mère. Le Pasteur se montra un très habile psychologue. Il engagea vivement la malade, qui semblait ne pas entendre, à revenir à la santé. Le miracle se produisit, après la visite du Pasteur... Après onze mois de catalepsie, Lydie retrouva le geste et la parole. Elle se leva, s'alimenta spontanément...

Mais ce nouveau réveil demeura incomplet et persista quatre ou cinq jours seulement. Lydie retomba en son état cataleptique avec sitiophobie et gâtisme.

En juillet 1928, l'amaigrissement devient intense. Nous redoutons la tuberculose. Une escarre sacrée s'est formée. On parvient à la cicatriser, en cinq ou six jours, par des pansements locaux à l'insuline. On note, depuis quelques semaines, un très léger mouvement fébrile. La température, souvent inversée, oscille entre 36°5 et 37°8. Des injections d'huile gaïacolée iodoformée ne modifient en rien l'état de notre malade.

Le 13 août 1928, tout le tissu adipeux a disparu ; les muscles s'atrophient par tout le corps : la maigreur s'accentue progressivement. La catatonie a disparu, parce que les muscles ne sont plus en état de soutenir les membres ; mais la stupidité persiste aussi marquée. La physionomie est impassible, malgré le mouvement

des yeux et des paupières. La bouche se défend toujours et refuse tout aliment.

Le jour de l'Assomption, nous faisons placer la jeune malade sur le passage d'une procession qui parcourt les jardins de l'asile et où l'on porte la statue de la Sainte Vierge. Lydie regarde bien ; mais le nouveau miracle que nous désirions ne se produit pas.

M. l'Aumônier vient apporter l'extrême-onction à une voisine de Lydie ; mais il opère trop vite et trop simplement. Il faudrait, pour produire l'émotion salutaire, des ornements, des cierges, des enfants de chœur, des chants et gestes impressionnants. Il faudrait la cérémonie de l'exorcisme.

27 août 1928. Lydie s'est montrée un peu plus éveillée, depuis la procession, mais sans sortir de son inertie. L'escarre n'a point reparu. Quand on ne la regarde pas, Lydie se meut pour changer de position dans son lit.

20 septembre. La température rectale oscille entre 36°6 et 37°9. Consomption et cachexie lentes, malgré l'alimentation très substantielle de la sonde. L'atrophie musculaire s'accentue. La catatonie n'est plus possible. Une série d'injections d'extrait thyroïdien ne donne aucune amélioration.

Tension artérielle : 8-6 1/2. Pouls 70. Respiration 13.

Une visite de M. le Pasteur ne donne plus de résultat.

20 octobre. Tension artérielle 8 1/2-6. Pouls 74. Respiration 12.

19 novembre 1928. Etat squelettique. Les yeux seuls remuent. La bouche se défend toujours. On n'ose plus passer la sonde par crainte d'une syncope. On nourrit aux lavements alimentaires.

Décédée le 26 novembre 1928.

Nécropsie vingt-deux heures après la mort.

Cadavre émacié à l'extrême ; aspect squelettique. Pas d'œdème des membres. Escarre sacrée énorme et trochantériennes.

Pas de tuberculose des poumons. Un peu de congestion des bases. Le poumon gauche adhère en sa totalité à la cage thoracique. Adhérences interlobaires. Les deux poumons sont visiblement atrophiés.

Environ 30 cc. liquide séro-citrin dans le péricarde,

dont le feuillet viscéral est très épaissi. Organe très atrophié : cœur d'enfant. Pas de lésions inflammatoires ni cicatricielles des valvules, qui semblent un peu plus consistantes que normalement. Myocarde légèrement brunâtre.

Foie très atrophié, à capsule épaissie. Dégénérescence graisseuse commençante. Rien aux voies biliaires.

Rate atrophiée un peu et un peu plus pâle que normalement.

Reins notablement atrophiés dans les deux substances. Dégénérescence graisseuse plus avancée qu'au foie. Le rein gauche contient un peu de gravier, plusieurs calculs durs, dont le plus gros du volume d'un petit grain de raisin. Autour des calculs, zone de sclérose étendue et profonde.

Rien au tube digestif ni au pancréas. Péritoine et appendice sans lésions.

Organes génitaux peu atrophiés. Un très petit kyste séreux appendu à l'ovaire gauche.

Encéphale. — Environ 280 cc. de liquide intracranien. Les ventricules sont moyennement amplifiés. La pie-mère, un peu congestionnée, n'est pas macroscopiquement épaissie. Pas d'adhérences, à la décortication, mais seulement une petite résistance qui fait que la méninge se rompt.

Examen histologique. — La pie-mère n'est pas épaissie ; pas de réaction inflammatoire. — Dans le cortex, un grand nombre de cellules nerveuses assez intègres. Mais on en voit aussi beaucoup à noyau plus coloré que le protoplasme. Un certain nombre sont plus ou moins le siège de neuronophagie. — Les éléments ronds petits, moyens et grands sont nombreux, forment un abondant semis et des groupes de quatre ou cinq parfois. Il y a de ces éléments et de ces amas, mais en nombre infiniment moindre, dans la couche moléculaire. Pas d'altérations nettes des parois vasculaires ni de périvascularite. — Aux ganglions de la base, les lésions sont les mêmes, sans plus grande intensité. — Au bulbe, rien de particulier. L'épithélium épendymaire est régulier, à plusieurs assises, mais sans réaction inflammatoire. Pas de périépendymite.

En somme, encéphalite lente avec hyperplasie névroglique. Ce processus a peut-être eu son origine dans la vie fœtale.

En résumé, atrophie notoire des viscères et des muscles, fonte à l'extrême du tissu adipeux. Ces atrophies semblent dues au défaut d'assimilation et d'utilisation des aliments, que nous eûmes beau prodiguer. Bacillose pleuro-péricardique.

La nécropsie des reins nous explique, en une certaine mesure, l'alerte de septembre 1925. Une poussée de pyélo-néphrite calculeuse donna alors une réaction fébrile exagérée et transformée par l'état névropathique.

L'histologie nous révèle un processus d'encéphalite lente en évolution qui, par les destructions cellulaires, eût abouti à un affaiblissement intellectuel. Ce processus, dont le début remonte peut-être à la vie fœtale, eut sans doute des périodes d'arrêt ou de très grand ralentissement.

Dans les psychoses toxiques, la cellule nerveuse résiste, selon sa capacité originelle, opposant peut-être des antitoxines aux poisons microbiens ou autres. Bien douée elle peut triompher. Vaincue, elle se laisse probablement dégénérer et éliminer comme corps étranger : c'est alors l'affaiblissement intellectuel.

Remarquons, chez notre malade, l'abondance du liquide encéphalique. Elle semble ici exagérée, plus considérable que ne paraît le comporter l'encéphalite. Il est bien possible qu'indépendamment de l'atrophie encéphalitique, le cerveau s'atrophiait, comme les autres viscères, par défaut de nutrition.

Chez Lydie, l'hystérie n'est point douteuse ; mais il n'y eut pas que de l'hystérie. L'hystérie pure irait-elle jusqu'à se laisser mourir de tuberculose, jusqu'à laisser se former une escarre sacrée ?...

Notre opinion est que Lydie C... réalise une affection mixte, un cas associé, amalgamé d'hystéro-catatonie. Hystérie et schizophrénie se combinent, chez notre malade. Les lésions d'encéphalite ancienne et en évolution ne sont pas de l'hystérie.

Et cette influence de la suggestion, si nettement réalisée à la salle d'opérations et par le pasteur, n'est-ce pas de l'hystérie ?...

L'ÉCRITURE EN MIROIR

Par le Dr Macdonald CRITCHLEY

(National Hospital, Queen Square, London W. C.) (1)

Nous pouvons définir l'écriture en miroir une manière d'écrire spéciale, à direction opposée à la normale, et dans laquelle chaque lettre en particulier est renversée. Cette écriture est illisible, à moins qu'elle ne soit réfléchie sur un miroir. Quoique ce phénomène ait probablement été bien connu dans l'antiquité, il ne semble pas qu'il ait suscité de commentaires avant la fin du XVIIe siècle : à cette époque, Rosinus Lentilius publia l'histoire résumée de deux cas. Depuis lors, de nombreux exemples ont été rapportés, et la littérature s'en est considérablement accrue.

Bien que surtout académique, le problème de l'écriture en miroir n'en est pas moins passionnant. Nous le retrouvons en effet dans les circonstances les plus diverses, et son étude approfondie touche à des questions aussi intéressantes que le mécanisme du langage, la prédominance fonctionnelle des mains et les origines du langage.

Il faut dire d'abord que tout le monde peut, avec un peu d'entraînement, réaliser l'écriture en miroir ; c'est en effet un jeu fréquent chez les écoliers. Sa réalisation devient particulièrement facile en écrivant simultanément des deux mains; l'individu normal dispose encore d'autres procédés, par exemple : en écrivant sur la face inférieure d'un carton, ou sur une carte placée contre le front, ou sur les deux côtés d'un carton tenu verticalement et à angle droit par rapport au corps. Cependant ces variétés d'écritures en miroir ne sont que jeux de salon et n'éclairent en rien notre problème.

(1) Conférence faite à l'Infirmerie Spéciale des Aliénés près la P. P. (Paris), le 7 mars 1928. Traduction par le Dr J. Saucier, de Montréal.

Dans d'autres circonstances, l'écriture en miroir peut devenir un acte involontairement acquis ; dans ces cas elle est presque toujours exécutée de la main gauche. Certains cas d'hémiplégie droite fournissent les exemples les plus caractéristiques : le malade est alors incapable d'écrire de sa main paralysée, mais dès qu'une plume est mise dans sa main gauche il écrit en miroir.

Depuis la description originale de Buchwald, il y a exactement cinquante ans, plusieurs autres cas post-apoplectiques ont été signalés. Ces malades présentent presque toujours un certain degré d'apraxie et d'aphasie, et très probablement ils ne peuvent pas lire leur écriture en miroir ; ils semblent en effet ne pas se rendre compte de ce que leur écriture est anormale.

Les cahiers de notes de Léonard de Vinci sont des exemples bien connus d'écriture en miroir. On a souvent dit que de Vinci avait adopté ce mode d'écriture pour s'en faire une sorte de code afin d'empêcher l'Eglise de censurer ses enseignements hérétiques. Cependant il existe tant dans son écriture que dans ses dessins marginaux plusieurs signes qui incitent à croire qu'il tenait sa plume de la main gauche ; du reste Antonio de Beatis, qui le visita quelques années avant sa mort, nous a laissé dans ses mémoires l'important témoignage qui suit : « la paralysie avait atteint sa main droite, et il ne pouvait plus peindre avec la même délicatesse qu'auparavant. » Il est bien possible, en somme, qu'il s'agisse d'un autre exemple d'écriture en miroir survenue après une hémiplégie.

On oppose à cette explication, pourtant vraisemblable, le fait notoire que de Vinci écrivait habituellement en miroir, et qu'il devait écrire ainsi quarante ans déjà avant sa mort. Bien plus, ses contemporains rapportent qu'il écrivait toujours de la main gauche. En définitive le cas devient d'autant plus complexe que nous l'analysons de plus près.

L'écriture en miroir a encore été observée chez des adultes qui présentaient une dissociation partielle de l'attention, et c'est ainsi que pendant l'hypnose ou l'anesthésie légère, dans les états post-commotionnels

et dans les intoxications par les stupéfiants on a signalé l'écriture en miroir partielle ou totale. J'ai vu un médium exécuter cette écriture au cours d'une séance de spiritisme. Mills et d'autres auteurs l'ont notée chez des télégraphistes. Ceux-ci conservaient leur main droite appliquée sur la manette, tandis que de la gauche ils griffonnaient les dépêches.

Une autre catégorie importante d'écriture en miroir se rencontre au cours des premiers efforts que fait l'enfant pour écrire. Beaucoup d'enfants normaux renversent quelquefois plusieurs lettres ou plusieurs syllabes. Par ailleurs nous voyons des adultes illettrés écrire à l'envers les majuscules N ou S. Ce doute occasionnel au sujet de l'orientation correcte des letfres devient encore plus fréquent dans certaines circonstances : chez les enfants gauchers cette tendance est plus évidente ; dans les cas de cécité verbale congénitale les renversements de lettres sont fréquents et persistants ; à tous les degrés de la débilité mentale l'écriture en miroir est *seize fois* plus fréquente que chez les enfants d'intelligence normale ; enfin nous la rencontrons assez souvent au cours des diplégies cérébrales à forme relativement peu grave.

Quelle est alors la signification de cette écriture en miroir ? Existe-t-il un facteur physiologique ou psychologique constant que nous puissions incriminer ? Il serait beaucoup trop long de discuter les nombreuses théories qui ont eu cours à travers les âges ; il est en effet très probable qu'aucune d'elles ne peut expliquer tous les types d'écritures en miroir. Je suggère que l'explication la plus vraisemblable doit se trouver réalisée par les combinaisons d'au moins deux facteurs distincts que nous pourrions désigner sous les noms de « complexe moteur » et de « complexe intellectuel ».

Dans les différents cas, l'importance relative des facteurs individuels variera. Nous devons admettre dès le début que dans l'écriture les mouvements les plus naturels, pour les deux mains, sont des mouvements d'abduction (ou mouvements centrifuges) ; ainsi si quelqu'un écrit au tableau noir, et qu'il tienne sa craie de la main droite, il sera naturellement porté à tracer

une ligne de gauche à droite. S'il tient sa craie de la main gauche, alors la ligne sera instinctivement tracée de droite à gauche. Le dessin d'un cercle au même tableau noir sera exécuté dans le sens des aiguilles d'une montre ou dans le sens opposé aux aiguilles d'une montre selon que le sujet tiendra la craie de la main main droite ou de la main gauche. L'acte d'agiter une tasse de thé ou de visser une vis nous fournissent de nouveaux exemples. En d'autres termes les mouvements les plus naturels d'une main sont la réplique en miroir de ceux de l'autre main. Si nous tentons d'écrire de la main gauche dans une direction d'adduction ou centripète, le geste sera lourd, difficultueux, et, en fait, pas naturel ; de plus, dans cette manière d'écrire, la main qui écrit cache les lettres à mesure qu'elle progresse. Si au contraire la main gauche écrit en miroir, les mouvements deviennent, avec un peu d'habitude, beaucoup plus faciles et beaucoup plus rapides.

Dans l'écriture bi-manuelle spontanée, chaque main tenant une plume, la main gauche exécute naturellement l'écriture en miroir. En fait il est à peu près impossible pour la main gauche d'écrire autrement ; il est également impossible pour la main gauche de tracer une lettre donnée pendant que la main droite en écrit une différente. En d'autres termes les mouvements naturels de la main gauche sont une inversion en miroir de ceux de la droite ; ces mouvements sont effectués dans le même ordre, et produits par la contraction de muscles identiques. Les considérations qui précèdent entrent parmi les facteurs de ce que nous avons appelé le « complexe moteur » qui nous porte naturellement à écrire de dedans en dehors lorsque nous utilisons la main gauche. Pourquoi alors n'écrivons-nous tous pas en miroir de la main gauche ?

Simplement parce que l'on nous a enseigné de ne pas le faire ; nous avons appris par expérience que notre langage se lit arbitrairement de gauche à droite ; par conséquent l'écriture en miroir nous frappe immédiatement comme une chose incorrecte.

Lorsque, dans les états confusionnels légers, le stock des acquisitions visuelles et les facultés intellectuelles

sont compromis, le complexe moteur primitif réapparait, et n'étant plus contrôlé, il est fréquent de rencontrer dans ces cas l'écriture en miroir de la main gauche. Il en est de même au cours des états de conscience partielle, dans les intoxications et dans la confusion mentale.

Dans les lésions importantes de l'hémisphère gauche nous pouvons rencontrer la même abolition de la composante visuelle du langage, mais la possibilité d'écrire en miroir de la main gauche persiste, probablement à cause de l'existence en puissance de centres chiro-kinésthésique dans l'hémisphère droit : ceux-ci seraient le résultat de nombreuses années d'éducation croisée.

Selon M. Durand: « Le rôle de l'aphasie est de débarrasser l'écriture normale de la main gauche (écriture en miroir) de toutes les circonstances extérieures, de l'effet de l'éducation, du souvenir de la figure des caractères tracés par la main droite, du contrôle de la vue et par suite de la volonté, pour ne laisser subsister que le souvenir de l'impression des mouvements musculaires associés au souvenir de l'impression de l'image. »

Des facteurs similaires se rencontrent chez les enfants qui apprennent à écrire. Les premiers efforts d'écriture donnent lieu d'abord à du gribouillage, puis prennent les allures d'un dessin; lorsque l'enfant sait écrire, il commence peu après à pouvoir lire. Par conséquent ses souvenirs les plus anciens des mots sont plutôt kinesthésiques que visuels. L'enfant adopte naturellement le mode de dessin ou d'écriture qui lui est mécaniquement le plus facile. Ainsi lorsqu'il voudra reproduire une figure l'enfant dessinera le profil d'un côté ou de l'autre; il pourra dessiner ses chats, ses chiens et ses locomotives à gauche ou à droite. Lorsque l'enfant passe du stade de gribouillage et de dessin à celui de la lecture et de l'écriture, il doit accepter ce fait arbitraire que l'écriture s'exécute et se lit de gauche à droite. La plupart des enfants s'y habituent facilement, mais pendant un certain temps quelques-uns persistent à hésiter sur l'orientation des lettres S, N et E ; d'autres confondent encore *en les lisant* les lettres d, b, q, p,

L'enfant gaucher a une tâche encore plus ardue : il peut bien dessiner ses figures et ses trains d'un côté ou de l'autre, mais il s'aperçoit que lorsqu'il écrit il fait progresser sa plume gauchement et selon un mode qui ne lui est pas naturel. Si pour quelque raison ses images visuelles deviennent moins vivaces que ses souvenirs kinesthésiques, il verra ses difficultés s'accroître.

L'arriéré, si prompt à contracter des habitudes, a des difficultés encore plus grandes à surmonter, car ses anciennes fautes d'écriture peuvent reparaître avec une fréquence déconcertante.

Chez les enfants atteints de cécité verbale congénitale l'abolition de la mémoire visuelle des lettres produit un état de doute perpétuel ; ces enfants se demandent si les mots doivent se lire de gauche à droite ou de droite à gauche. Dans ces cas l'enfant écrit, sans s'en rendre compte, tantôt en miroir, tantôt de gauche à droite ; l'influence du complexe moteur est ici minime ou nulle, car on a vu également des enfants atteints de cécité verbale exécuter, suivant leur caprice, des anagrammes avec écriture en miroir. De plus, lorsqu'on leur commande de lire à haute voix, ces enfants renversent souvent l'ordre des syllabes ; ils confondent par exemple, *dog* et *god*.

D'autre part dans les cas de diplégie cérébrale le facteur principal de déficience est purement moteur, et l'écriture en miroir qu'exécute dans ces cas la main gauche n'est qu'un exemple de la tendance bien connue des mouvements syncinétiques d'imitation des deux bras.

Il y a quelques années, Drinkwater a rapporté le cas remarquable d'une famille dont les membres présentaient de l'écriture en miroir de la main gauche, de la syncinésie d'imitation et de l'allochirie. Il n'y avait aucun indice d'agénésie pyramidale.

Il serait peut-être intéressant de dire maintenant quelques mots sur le développement de l'alphabet moderne ; son analogie avec notre sujet (l'écriture en miroir) est frappante. Notre alphabet actuel dérive du Phénicien, langage sémite qui se lit de droite à gauche. Les premières races gréco-romaines utilisèrent, en le

modifiant légèrement, l'alphabet phénicien. Les plus anciennes parmi ces inscriptions en dialecte toscan et étrusque étaient écrites en caractères grecs archaïques et se lisaient de droite à gauche. Ce mode d'écriture changea, et durant environ les deux siècles qui suivirent, nous assistons à une période de transition. Nous retrouvons ainsi dans les premières inscriptions grecques et latines des lignes qui se lisent alternativement de droite à gauche et de gauche à droite. Cette écriture a été qualifiée de « boustrophedon » (c'est-à-dire « en sillon-de-bœufs ») à cause de sa ressemblance avec le parcours suivi par les bœufs qui labourent un champ (1).

Vers le troisième siècle avant Jésus-Christ le grec et le latin s'écrivaient uniformément de gauche à droite.

Cet historique du développement de l'écriture moderne nous rappellent un autre cas d'écriture en miroir rapporté par Clapham. Il s'agissait d'une fillette gauchère à qui on avait d'abord appris l'écriture en miroir ; lorsqu'elle fut envoyée à l'école elle dût se soumettre à l'écriture ordinaire, c'est-à-dire de gauche à droite, mais il lui arrivait dans les moments de distraction de faire alterner les lignes dans des directions opposées, exactement suivant le mode « boustrophedon » des anciens.

La vieille langue égyptienne est quelque peu similaire. Sur les premières inscriptions écrites en caractères hiéroglyphes les lignes se lisaient tantôt de droite à gauche, tantôt de gauche à droite. Quelquefois également, les lignes prenaient une direction verticale. L'écriture égyptienne démotique qui se développa plus tard et devint universelle était toujours tracée de gauche à droite. Mais on se posera naturellement la question suivante : pourquoi l'hébreu, l'arabe et les autres langues orientales s'écrivent-elles encore aujourd'hui de droite à gauche ? Pourquoi certaines

(1) Etant donné que les laboureurs ne font pas tous effectuer à leurs bœufs des sillons identiques, M. Alajouanine nous suggère de remplacer les épithètes sus-nommées par celle peut-être plus exacte, en tout cas aussi descriptive, d'écriture « en lacets ».

langues s'écriraient-elles de gauche à droite, et d'autres de droite à gauche ? Une hypothèse a été suggérée par Krahmer et Korst ; ces auteurs admettent que chez les races qui écrivent de droite à gauche il y a prédominance de gauchers. Cette théorie, quoique séduisante, ne peut pas être soutenue, car il n'est pas évident que les Juifs, les Arabes et les Hindous soient gauchers ; de plus, mes enquêtes personnelles m'ont paru démontrer qu'ils sont surtout droitiers. La raison pour laquelle ces races écrivent de droite à gauche tandis que d'autres emploient l'écriture de gauche à droite demeure une énigme.

Permettez-moi, en terminant, de dire quelques mots du phénomène encore beaucoup plus rare de l'écriture *retournée*. La littérature contient quelques rares exemples d'individus qui, non seulement écrivaient en miroir, mais présentaient encore de l'écriture retournée. J'ai eu l'occasion d'en observer cinq cas :

1° Une fillette gauchère, qui de cette manière pouvait écrire plus distinctement et plus facilement que normalement.

2° Un employé de chemins de fer qui plaçait toujours le papier tête en bas lorsqu'il signait son nom.

3° Un enfant de 5 ans et demi, gaucher pour certains actes, qui dessinait à l'envers et qui écrivait en miroir. Cet enfant avait aussi une tendance à la parole en miroir.

4° Une femme de lettres intelligente et cultivée qui dans son enfance écrivait à l'envers de la main gauche. Encore aujourd'hui elle peut écrire de cette manière avec la plus grande facilité.

5° Le cas suivant qui me fut communiqué par le Dr Kinnier Wilson : il s'agissait d'un officier chez lequel un éclat d'obus avait lacéré le lobe temporal gauche. Cette blessure fut suivie d'accès jacksoniens, de faiblesse du côté droit, de paraphasie et d'écriture retournée.

En plus de ces cas d'écriture complétement retournée, il existe des sujets qui écrivent verticalement, comme les Japonais. Le cas n° 4 de ma série pouvait

écrire ainsi sans la moindre hésitation. Le cas rapporté par Carmichaël en est un autre exemple.

Il est évident que nous ne pouvons pas invoquer les mêmes explications physiologiques et psychologiques dans les cas d'écriture retournée. L'analyse des cas rapportés nous révèle chez plusieurs l'existence de troubles visuels importants. Bien plus, à l'encontre de ceux qui écrivent en miroir, la plupart peuvent lire facilement leur bizarre écriture. La théorie qui rattache cette écriture à un désordre de l'orientation spatiale est séduisante : nous savons en effet que le monde extérieur est enregistré sur la rétine et que sa représentation corticale se fait à la manière d'une image renversée. Ce n'est que par l'expérience que nous apprenons à nous orienter correctement par rapport à ce qui nous entoure. Il peut arriver que ce progrès vers l'orientation correcte soit entravé, lorsque surviennent dans le jeune âge des désordres qui modifient le mécanisme périphérique avant que les voies d'associations ne soient complétement développées. C'est probablement là qu'il faudrait chercher l'explication de l'écriture retournée chez l'enfant.

Résumé

On rencontre l'écriture en miroir, comme phénomène acquis, dans quelques cas d'hémiplégie droite, souvent associée à l'aphasie.

On la rencontre aussi dans les premiers essais d'écriture des enfants, surtout des gauchers. On la rencontre plus fréquemment encore chez les arriérés, les aliénés, dans la cécité verbale congénitale, et chez les diplégiques.

L'explication est à rechercher dans la réunion de deux facteurs, l'un moteur (ou physiologique), l'autre intellectuel (ou psychologique).

L'écriture en miroir est en effet le mode naturel pour la main gauche, parce qu'en général les mouvements abducteurs ou centrifuges sont les plus forts, les plus délicats, les plus plus coordonnés.

L'influence de l'éducation et l'habitude nous font lire et écrire de gauche à droite ; c'est en effet la méthode la plus naturelle pour les droitiers qui sont la majorité, mais elle est anormale pour les gauchers.

Lorsque les facteurs éducation, attention et représentations visuelles sont mal développés ou sont altérés, le gaucher retourne a une écriture en miroir. Comme l'a dit Ballet : « L'écriture en miroir de la main gauche est la méthode la plus naturelle pour les gauchers dont l'éducation n'a pas faussé la tendance naturelle. »

Quand à l'écriture retournée (c'est-à-dire où les lettres sont placées sens dessus dessous), elle est probablement due à un désordre de l'orientation spatiale, les images inversées reçues par la rétine n'étant pas interprétées correctement : ce qui pourrait être dû à un défaut du mécanisme périphérique de la vue. Du reste c'est un phénomène bien plus rare que l'écriture en miroir.

BIBLIOGRAPHIE

Ballet. — *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière,* 1900, 13, 597.

Buchwald. — *Berliner Klinische Wochenschrift,* 1878, 15.

Critchlæy. — *Journ. S. Med.,* 1927, 35, 217.

Critchley. — *Proc. Roy. Soc. Med.* (Neur. Sect.), Dec. 1926, 397.

Critchley. — *Mirror Writing,* 1928. — Psyche Miniatures Medical Series, Kegan Paul, London.

Dearden et Al. — *Harvard Mon. in Education,* 1926. Series, Vol. 2, n° 1.

Drinkwater. — Proc. XVII. — *Internat. Cong. Med. London,* 1913, Sect. XI, 117.

Durand. — *Mém. et Bull. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux,* 1882, 517.

Frænkel. — *Arch. f. Psych.,* 1908, 45, 1275.

Fuller. — *Univ. California Publications in Psychology,* 1916, Vol. 2, N° 3.

Krahmer et Korst. — *Journ. f. Psych. u. Neur.,* 1925, 31, 311.

Lentilius. — *Misc. Medico-practica tripartita,* 1698, 2, 585.

Mills. — *Journ. Nerv. and Mental Diseases,* 1894, 19, 85.

Orton. — *Arch. Neur. Psych.,* 1925, 13.

Sterling. — *Encéphale,* 1926, 21, 233.

MÉDECINE LÉGALE

UN CAS DE SIMULATION PROLONGÉE DE TROUBLES MENTAUX

(15 mois : novembre 1920 à janvier 1922)

par L. LAGRIFFE et N. SENGES (1)

Le cas qui fait l'objet de cette publication a été observé par nous au cours de deux expertises médico-légales successives, tout d'abord à la prison de Brest puis à l'Asile d'Aliénés de Quimper. La première expertise confiée à un seul expert avait conclu très nettement au diagnostic de simulation en se basant uniquement sur l'observation clinique et psychologique du sujet. En effet, l'intéressé loin d'avouer sa simulation a continué à présenter les mêmes apparences cliniques, au point que la persistance de son attitude qui rendait toute instruction impossible, avait fini par jeter le trouble dans l'esprit des magistrats. C'est ainsi que la Cour d'Appel de Rennes crût nécessaire de désigner un Conseiller délégué par la Chambre des mises en accusation pour procéder à un supplément d'information, et désigna trois experts pour procéder à un nouvel examen mental.

(1) Ce travail a fait l'objet d'une communication à la Société Médico-Psychologique, le 27 février 1928.

Le deuxième rapport, rédigé après une très longue observation à l'Asile d'Aliénés de Quimper, concluait également à la simulation des troubles mentaux. Mais jamais nous n'avons pu obtenir de l'intéressé l'aveu de cette simulation. Il n'existe que deux signes certains de la simulation, l'aveu et le flagrant délit. Nous n'avons jamais obtenu d'aveu. C'est donc en nous basant sur des considérations cliniques et psychologiques que nous nous sommes basés pour étayer notre diagnostic. Toutefois, les apparences présentées par cet homme étaient telles que nous croyons qu'elles équivalaient au flagrant délit. Il serait évidemment d'un grand intérêt pratique et scientifique de savoir quel est l'avenir mental réservé à des simulateurs de ce genre. Malheureusement, après la condamnation de l'intéressé par la Cour d'Assises du Finistère, nous avons perdu sa trace. Nous devons nous borner à mettre sous les yeux des médecins experts le document clinique assez remarquable qu'il nous a été donné de recueillir.

Premier Rapport

Forçard est inculpé d'un assassinat commis dans un débit de Brest, à la fin de l'année 1919. Dénoncé par la victime, *in extremis*, l'enquête a montré que Forçard a quitté Brest le lendemain de l'assassinat. Transféré de la prison de St-Brieuc où il vient d'être condamné aux travaux forcés pour vol qualifié, à la prison de Brest, en vue de l'instruction du crime de 1919, il se montre, dès son arrivée, incohérent ; lors du premier interrogatoire, il se mouche dans sa casquette, raconte qu'il a été élevé chez son oncle, l'empereur de Tartarie, qu'au moment où il a été arrêté à Paris on lui a dérobé 300.000 fr. Le magistrat instructeur ne peut obtenir de lui aucun renseignement censé ; mais cependant, quand il lui parle d'un défenseur éventuel, Forçard s'empresse de tirer de sa poche et de tendre une carte de visite de l'avocat, de Paris, qui l'a assisté à St-Brieuc et qui, cette fois-ci encore, assume sa défense. En dehors de cette circonstance, l'attitude de Forçard n'a pas changé jusqu'à l'heure actuelle.

⁂

Forçard Gaston-Marie est né à Plombières (Vosges), le 19 février 1896. Il est signalé comme exerçant, officiellement, la profession de menuisier.

Son père, buveur d'alcool, est mort tuberculeux. L'inculpé, enfant unique, aurait une mauvaise nature et se conduirait mal depuis son plus jeune âge. Il a fréquenté l'école, sait lire, écrire et compter ; il semble avoir quitté sa mère vers l'âge de 13 ans ; c'est, dans tous les cas, à ce moment qu'il disparaît de Plombières. En 1912, à 16 ans, il est arrêté, dans les environs de la Place de l'Opéra, à Paris, en flagrant délit de racolage de pédérastes. Condamné par la 8e Chambre correctionnelle de la Seine, le 29 avril 1912, à la correction jusqu'à sa majorité, pour « vagabondage », il s'évade de la colonie pénitentiaire d'Eysse, où il a été placé.

Mobilisé avec sa classe pendant la guerre, incorporé le 12 avril 1915 dans un régiment qui ne nous est pas connu, il passe au 7e régiment d'infanterie le 1er juin 1916 ; la commission de réforme de Cahors le déclare apte au service armé, ce qui laisse à supposer qu'il avait, précédemment, été classé service auxiliaire, il passe, le 29 août 1916, au 220e régiment d'infanterie. Le 28 septembre 1917, il est condamné, par le conseil de guerre de la XVIIe région, à Toulouse, à deux ans et six mois de prison, avec sursis, pour vol qualifié et détournement.

Manquant aux appels du 13 novembre 1917, par évasion des locaux disciplinaires où il était en prévention de conseil de guerre, déserteur du 15 novembre, il est ramené aux armées le 5 décembre 1917, et passe au 4e d'infanterie, par suite de la dissolution du 220e. Condamné, par défaut et pour vol, à trois mois de prison, à Toulouse, le 3 juin ou le 3 juillet 1918, il est arrêté, le 15 août 1919, à Paris, pour désertion, condamné et libéré, ramené sous escorte le 22 octobre 1919 ; évadé du quartier le 23 octobre, il est déclaré déserteur le 26. Le 14 décembre 1919, la dixième chambre correctionnelle de la Seine le condamne à deux mois de prison pour port d'arme prohibé et usurpation d'état civil. Arrêté à nouveau, le 24 janvier 1920, comme déserteur, il fait l'objet d'une plainte en conseil de guerre dont la suite est inconnue. Le 5 août 1920, la cour d'assises de la Seine le condamne à six ans de réclusion et dix ans d'interdiction de séjour pour tentative de vol qualifié. Enfin, en octobre 1920, la Cour d'assises des Côtes-du-Nord le condamne à 15 ans de travaux forcés pour vol qualifié. Dans ces derniers temps, l'inculpé paraît s'être spécialisé

dans les vols de bijoux; c'est ainsi que le 16 février 1920, il a cambriolé une bijouterie à Grenoble, qu'ensuite il est allé vendre les bijoux volés à Marseille et qu'il s'est caché dans une villa de la banlieue, connue comme repaire de bandits.

Forçard, qui a trouvé le secret de ne pas faire la guerre, de ne pas purger ses condamnations, est représenté, à Paris, comme ne se livrant à aucun travail, ne fréquentant que des souteneurs, des repris de justice, des filles publiques ; n'ayant ni profession, ni domicile fixe, logeant à la nuit dans des hôtels borgnes et, au surplus, difficile à suivre parce qu'il se dissimule sous des surnoms ou des noms d'emprunt : Bouchet, Champeau Théophile, Peyrot Félix, Girard, Pietri Antoine, Garric André, etc...

Voilà tout ce qu'il est possible de tirer de précis, dans les dossiers se rapportant à l'inculpé. Cependant, nous devons ajouter ceci, qui n'est pas indifférent : le 16 mai 1920, étant à la prison de la Santé, à Paris, Forçard écrit à sa maîtresse ; il lui dit : « on n'a pas retrouvé la tête du bijoutier..... on m'a dit que Napoléon avait été mangé par les Turcs » ; le 27 mai 1920, une nouvelle lettre à la même personne, est datée de « La Santé (bonne) » ; là il s'exprime ainsi : « Ce n'est pas moi qui ai coupé le bijoutier en morceaux » ; plus loin, il ajoute que la tête de celui-ci lui est apparue dans la nuit, mais il ne le dit pas parce qu'on dirait qu'il est fou ; cette lettre est émaillée d'un certain nombre de facéties : il parle de ses déjeuners à la prison comme de repas fins, il déclare : « C'est effrayant, comme il y a des voyous à Paris ».

Le surveillant-chef de la prison de St-Brieuc déclare qu'au cours de sa détention dans cette ville, Forçard a « simulé » une fois la folie : « M. le Juge d'instruction venait de lui faire subir son premier interrogatoire et Forçard était réintégré dans sa cellule. Il fut demandé de nouveau pour signer ses déclarations. Le surveillant le trouva couché à plat ventre sur le sol et semblant absorbé par la recherche de quelque objet perdu. A l'invitation qui lui fût faite de se lever, il se mit à crier : « ne faites pas de bruit, il va se sauver ». Il fût laissé dans cette position. C'est la seule manifestation à laquelle il s'est livré au cours de sa détention. Quelques jours après il a essayé de faire de la rébellion en refusant de vêtir le costume pénal ; pour ce motif, il a été puni de trente jours de cellule. Il a en outre tenté une évasion dans des conditions particulièrement audacieuses, ce qui lui a valu la mise aux fers. A partir de ce moment, il a eu une attitude irréprochable. »

D'ailleurs, et en dehors de cette tentative d'évasion particulièrement bien organisée, Forçard se défendit très habilement et judicieusement devant la Cour d'assises des Côtes-du-Nord.

Le 20 octobre 1920, il annonce, très simplement, à sa maîtresse, sa condamnation à St-Brieuc et son départ pour la prison de Brest. Le 30 octobre 1920, dans une nouvelle lettre de Brest, il parle d'un Américain coupé en morceaux, de son oncle, l'empereur de Tartarie, mais, dans un éclair, il se montre encore facétieux en disant qu'il est aux bords de la mer. Dans un rapport du 4 novembre 1920, le gardien-chef de la prison de Brest signale que le prévenu donne des signes d'incohérence : il se plaint qu'on lui ait dérobé 300.000 fr., il a pris un bain de pieds dans sa tinette, répandu des matières fécales et de l'urine dans sa cellule.

(*à suivre*).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 25 MARS 1929

Présidence de M. P. JANET, président

MM. X. Abély, Collet, Dide, Vignaud, membres correspondants assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance du 25 février 1929.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. le Dr René Charpentier, secrétaire permanent du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française demandant à la Société de désigner des délégués pour la représenter au Congrès de Barcelone. Sont désignés MM. P. Janet, Pactet, Leroy, Courbon.

Rapport de candidature

M. René CHARPENTIER. — Messieurs. Il est de tradition dans notre Société qu'aucune nomination de membre n'ait lieu sans que l'un des vôtres soit venu rappeler ici les titres et les travaux du candidat. C'est dans ces conditions que vous avez désigné dans votre dernière séance une commission composée de MM. *Henri Claude, G. de Clérambault* et *René Charpentier,* rapporteur, pour examiner les titres du *Dr Raymond de Saussure,* qui désire être nommé membre associé étranger de la Société Médico-psychologique.

Mais il est de tradition également que l'exposé du rapporteur soit bref, tant pour réserver le temps de la Séance aux travaux originaux, que pour ne pas occu-

per dans le *Bulletin* de la Société la place attribuée à ces travaux.

Il serait d'ailleurs inutile de s'étendre sur les titres et les travaux d'un candidat auquel convient mal le terme d' «étranger ». Ce terme ne saurait s'appliquer là où existe une identité de langue et de culture. Et le Dr R. de Saussure, pendant le séjour qu'il fit à la Clinique du Professeur Claude, assista souvent à nos séances.

Privat-Docent à l'Université de Genève, Chargé de Cours à l'Institut J.-J. Rousseau, il fut au nombre des membres fondateurs de la Société Médico-psychologique de Genève.

Le Dr R. de Saussure appartient à de nombreuses Sociétés Scientifiques, parmi lesquelles la Société Suisse de Psychiatrie, la Société Médicale de Genève, la Société de Prophylaxie Mentale de Genève, la Société de Philosophie de la Suisse Romande, la Société Internationale de Psychanalyse.

Il est membre fondateur de la Société de Sociologie de Genève, du Comité Suisse d'Hygiène Mentale, Directeur de la Section d'Orientation professionnelle et de Psychotechnique. Il est également membre fondateur de nombreux groupements psychanalytiques tels que la Société Suisse de Psychanalyse, la Société des Médecins psychanalystes suisses, la Société de Psychanalyse de Paris, la Revue Française de Psychanalyse.

En effet, avant et depuis sa thèse de doctorat sur *la Méthode Psychanalytique,* préfacée par le Professeur Freud, l'activité de M. Raymond de Saussure s'est surtout appliquée aux problèmes de la Psychanalyse. Qu'il me suffise de rappeler encore ses articles et travaux sur *un disciple d'Unternährer,* la *littérature psychanalytique de langue française, le complexe de Jocaste,* la *valeur scientifique de la méthode psychanalytique,* la *technique de la psychanalyse Frendienne,* la *psychologie du rêve dans la tradition française,* les *doctrines de Frend,* etc.

Si, dans notre Société, la plupart des membres sont restés attachés aux méthodes de l'analyse psychologique tels que les a exposés magistralement notre président de cette année, M. le Professeur Pierre Janet, ceux-là même qui n'acceptent pas ou n'acceptent qu'en partie les doctrines de Freud, mais qui suivent avec attention les travaux qu'elles suscitent, ont lu avec intérêt les clairs exposés qu'en a donnés M. Raymond de Saussure.

Il s'en faut d'ailleurs que ses travaux psychiatriques se bornent à cet horizon. Et sans les exposer, ni les discuter, il me suffit de citer parmi d'autres les publications faites en collaboration avec le Professeur Claude sur le *mécanisme de l'émotion retardée chez les hystériques* et sur *l'organisation inconsciente des souvenirs,* avec le Professeur Naville sur *l'arriération mentale du type malais,* sur *l'arriération mongolienne,* sur quelques cas de *paragraphie infantile,* celles enfin intitulées : *Discussion sur l'étiologie d'un tic survenu quinze mois après une encéphalite léthargique atypique ; l'aphasie onirique ; diagnostic différentiel entre la folie maniaque dépressive et la catatonie,* un cas de *confusion mentale pseudo-aphasique pendant la grossesse,* etc., etc...

Aussi votre Commission, Messieurs, est-elle unanime à vous proposer l'élection de M. Raymond de Saussure parmi les membres associés étrangers.

A la suite de ce rapport, M. le Dr R. de Saussure, est élu membre associé étranger à l'unanimité des membres présents.

Un cas de démence précoce encéphalitique Considérations anatomo-cliniques

par L. MARCHAND

Dans une communication faite ici même en décembre 1927 (1), j'ai résumé les constatations anatomo-cliniques que j'ai pu faire au sujet de la démence précoce hébéphrénique. Je vous disais qu'à côté de la forme ayant pour substratum anatomique des lésions portant seulement sur les éléments neuro-épithéliaux, il en existait d'autres déterminées par des encéphalites à évolution lente. J'ajoutais qu'il était parfois possible de retrouver des lésions inflammatoires encore en évolution dans les encéphales de déments précoces décédés longtemps après le début de leur affection.

Le cas suivant rentre dans ce deuxième groupe dont j'ai publié d'autres exemples (2). Si je me suis décidé à vous le rapporter, c'est que je me suis trouvé dans des conditions exceptionnelles d'observation. Il s'agit d'une malade que j'ai soignée dès les premières années de son internement et que j'ai suivie pendant une période de dix-huit ans.

Mlle H..., âgée de 43 ans entre dans mon service à l'asile de Villejuif le 12 avril 1927. J'avais déjà suivi cette malade pendant dix ans du 10 mai 1910 au 6 avril 1920 à la Maison Nationale de Saint-Maurice.

Antécédents héréditaires. — Père mort subitement à 52 ans d'une affection cardiaque. Mère âgée de 74 ans, migraineuse. Pas de troubles nerveux ou mentaux à

(1) L. MARCHAND. — Considérations anatomo-cliniques sur la démence précoce. *Soc. méd. psych.*, 26 décembre 1927.

(2) L. MARCHAND. — Démence précoce par méningo névraxite. *Soc. clin. de Méd. ment.*, 16 janvier 1928. — L. MARCHAND et PACTET. Démence précoce par encéphalite. *Soc. clin. de Méd. ment.*, 19 mars 1928.

signaler chez les grands parents. Un frère de la malade est mort de tuberculose à 17 ans et demi.

Antécédents personnels. — H... est née à terme. Pas de convulsions infantiles, pas de maladies survenues dans la première enfance. A trois ans, elle fut atteinte de troubles nerveux ainsi caractérisés : on venait de lui donner une poupée quand elle devint rouge, resta obnubilée pendant quelques heures sans pouvoir marcher et vomit de la bile. Pas de crises convulsives, mais quelques secousses dans les membres. Pendant six semaines elle resta malade présentant de la rétention urinaire et fécale. Les parents attribuèrent ces accidents à l'émotion causée par le don de la poupée.

H..., resta ensuite très émotive. Son caractère changea, devint difficile. Elle manifesta moins d'affection à ses parents. Elle aimait à s'isoler, ne prenait plus plaisir aux jeux d'enfants.

Le développement physique et intellectuel se fit cependant normalement. H... eut ses premières règles à 10 ans et 3 mois et a toujours été bien réglée.

Un an après sa formation, premiers troubles mentaux d'ordre dépressif. H... ne cessait de répéter qu'elle s'ennuyait ; elle ne pouvait supporter que ses camarades s'amusent ; elle avait des impulsions à tuer ses parents ; elle tenait des propos grossiers. Cet état dura plus d'un an.

A 15 ans, crises de battements de cœur avec pâleur du visage sans perte de connaissance. H... manifeste alors une certaine jalousie vis-à-vis de sa mère ; elle n'admet aucune remontrance. C'est à cette époque qu'apparaissent les premiers accès de rire sans motif. Considérée comme intelligente, elle apprenait en effet facilement et obtint à 16 ans son brevet élémentaire.

A 20 ans, H... manifeste des troubles du caractère qui entraînent des scènes de violence avec ses parents. Elle veut sa liberté, elle trouve que la maison de ses parents est une boîte et manifeste l'intention de partir en Angleterre. Ses parents ont beaucoup de peine à lui faire abandonner ce projet. Elle se place

trois mois chez une couturière, puis revient chez ses parents. Elle fait ensuite trois nouvelles places comme institutrice. Elle remplit mal ses fonctions ; elle ne s'occupe pas de ses élèves et on remarque qu'elle parle souvent seule. Remerciée, elle va loger à l'hôtel laissant ignorer son adresse à ses parents. Là, elle n'a plus aucune notion du temps et se lève à n'importe quelle heure.

Elle revient dans sa famille. Les troubles mentaux s'aggravent rapidement. H... se trouve changée : « Je ne suis plus comme tout le monde ; que devient mon intelligence ? » disait-elle. Elle a des accès de rire et de pleurs immotivés ; elle a des phobies ; elle a peur de mourir, d'avoir un cancer. Elle reste parfois des journées entières sans parler. Elle a des tics ; s'arrache la figure, ronge ses ongles.

Elle est alors placée dans une maison de santé où elle reste 7 mois sans amélioration de son état. Ses parents essaient ensuite de la garder chez eux, mais quelques semaines plus tard, elle se sauve reste trois jours et trois nuits à errer dans Paris ; elle est arrêtée, emmenée dans un commissariat de police où ses parents prévenus viennent la chercher. Elle est réinternée dans la même maison de santé où elle reste deux ans et demi ; puis elle est transférée le 9 mai 1910 dans mon service de la Maison Nationale de St-Maurice. Elle est alors âgée de 25 ans.

« Saloperie, quelle saloperie, quelle vermine, quelle horreur, je souffre dans cette vermine-là, quelle souffrance ! » C'est par ces paroles que la malade nous reçoit à notre premier examen. L'interrogatoire est impossible, car à chaque question, elle répond : « Fichez-moi la paix, vous m'énervez », ou bien : « Je ne sais pas, quelle horreur, quelle souffrance d'être là-dedans. Vieille peau, si je pouvais te ficher une claque » et elle se met à rire brusquement. Le négativisme est complet ; elle refuse de donner la main, de montrer la langue, d'écrire, etc.

L'examen physique, forcément difficile, décèle des

réflexes patellaires exagérés. Les pupilles sont égales et réagissent.

Le système pileux est développé. On note des poils abondants au menton et de la moustache.

Pendant les dix années que j'ai suivi cette malade à St-Maurice, elle s'est présentée chaque jour stéréotypée dans ses gestes et ses attitudes. Assise sur une chaise ou un banc, elle se tenait la tête dans les mains, les jupes relevées au-dessus des genoux, les bas tombant en accordéon sur le cou de pied, crachant sans cesse. Parfois, elle crachait sur sa manche droite et s'essuyait la bouche avec son poignet gauche. Avant de cracher, elle faisait un petit bruit glottique. Elle ne prenait aucun soin de sa toilette ; pas de gâtisme.

H... n'a jamais manifesté aucun sentiment affectif. Elle refusait souvent les visites de sa mère et parfois la battait quand celle-ci insistait pour la voir.

Les accès de colère étaient fréquents ; au cours de ceux-ci, elle brisait les objets quelle pouvait atteindre.

Une ponction lombaire pratiquée peu de temps après son entrée à St-Maurice n'a décélé ni lymphocytose, ni albuminose. La réaction de Wassermann était négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

H... est transférée, à l'âge de 36 ans, à l'asile Sainte-Anne, le 3 avril 1920, avec le certificat suivant : « Démence précoce, impulsions, négativisme, indifférence émotionnelle », et, le 12 avril 1927, je la reçois dans mon service de Villejuif avec un certificat ainsi conçu : « Démence précoce, crie, gesticule, déclame. Constamment alitée. » Signé : Trénel.

D'après les renseignements donnés par sa mère, on ne constata aucun changement dans son état depuis son départ de la Maison Nationale de St-Maurice.

A notre nouvel examen, je trouve la malade couchée dans son lit en chien de fusil, la tête repliée sous les couvertures quelle soulève de la main droite et c'est dans cette position que je la retrouve tous les jours suivants à chacune de mes visites. Elle laisse écouler

constamment un filet de salive de sa bouche et n'essuie jamais son nez rempli de morve. Elle crachotte dans ses draps.

H... manifeste tout d'abord une vive opposition à notre examen ; elle détourne la tête et répond à voix basse des mots incompréhensibles. Par moment, elle fait un petit claquement avec ses lèvres et toussotte.

Peu à peu, elle consent à se laisser interroger. Elle me reconnaît, se rappelle que je l'ai soignée à St-Maurice et donne mon nom. Après beaucoup d'insistance, elle finit par me dire son âge, mais elle croit avoir 26 ans. Elle sait la date de sa naissance, son ancienne adresse, l'année actuelle. Elle peut même résoudre une opération très simple.

Indifférence absolue à ce qui l'entoure. Elle n'adresse jamais la parole aux infirmières. On est obligé de lui faire sa toilette. Elle n'est pas gâteuse. Elle mange seule, mais très lentement. Pas de catatonie.

L'examen somatique est négatif. Les réflexes patellaires sont normaux. Les pupilles sont égales et réagissent à la lumière. Pas de troubles de la sensibilité ; pas de tremblement digital ou lingual. Acrocyanose des extrémités.

Son poids à l'entrée est de 37 kilos. Il augmente les mois suivants et atteint 40 kilos en juillet 1927. A partir de cette date, amaigrissement continu et signes de tuberculose pulmonaire sans aucune modification de l'état mental. La malade meurt le 19 janvier 1928, à l'âge de 44 ans.

Autopsie : Encéphale. — Aucune lésion macroscopique si ce n'est une légère dilatation des ventricules latéraux au niveau des cornes occipitales. Aucune trace d'athérome.

L'Hémisphère cérébral droit pèse 485 grammes, le gauche 475 grammes. Le cervelet et le bulbe 160 grammes.

Organes. — Tuberculose pulmonaire ; cavernes au sommet des deux poumons. Foie, 965 grammes ; cœur, 240 grammes ; rate, 110 grammes. Rein droit, 70 grammes ; rein gauche, 80 grammes. Thyroïde, 15 grammes.

Examen histologique : *Cerveau.* — La pie-mère est intimement soudée par endroits au cortex sous-jacent. On ne note aucune trace d'infiltration embryonnaire, aucune lésion vasculaire. Au niveau de la zône motrice gauche, épaississements méningés sous forme de couches stratifiées de tissu conjonctif sans aucune trace de réaction inflammatoire.

Dans le cortex, lésions cellulaires très accusées. Il n'y a pas une seule cellule pyramidale qui ait un aspect normal. Comme vous pouvez le voir sur ces planches, les corps cellulaires sont irréguliers, plus petits que normalement. Les noyaux eux-mêmes ont perdu leur forme arrondie et sont situés excentriquement ; parfois même, ils font hernie sur le bord de la cellule. Granulations chromophiles disposées irrégulièrement. Au niveau des lobules paracentraux, les cellules de Betz sont pigmentées. Au Bielchowsky, on note un disposition irrégulière des primitives fibrilles qui semblent assez bien conservées.

Dans les zônes frontales, satellitose très accusée autour des cellules des couches profondes du cortex, mais aussi autour de quelques grosses cellules pyramidales. Cette lésion est un peu spéciale en ce sens que les cellules rondes satellites comprennent autant de noyaux névrogliques que de cellules embryonnaires. Comme le montrent ces planches, les cellules rondes se groupent principalement à la base de la cellule.

On ne constate aucune réaction inflammatoire périvasculaire, mais par places on remarque des formations arrondies atteignant 40 à 50 μ, qui sont composées d'un amas de cellules endothéliales et de cellules conjonctives entourées d'une mince couche de tissu conjonctif séparé lui-même du parenchyme par un espace semblable aux espaces périvasculaires. Au centre de ces formations, on note une ou plusieurs cellules rondes présentant l'aspect de macrophages.

Cette microphotographie vous en montre l'aspect. Il semble qu'il s'agisse de veinules dont la lumière a été obturée à la suite d'une inflammation ancienne.

On trouve également disséminés dans le cortex des amas de dix à quinze cellules rondes dont la plupart sont des noyaux névrogliques.

Le tissu névroglique de la couche maléculaire ne présente aucune hyperplasie.

Pas de dégénérescence appréciable des fibres tangentielles.

Noyaux caudés. — On ne constate que des lésions cellulaires.

Couches optiques. — Les lésions cellulaires sont considérables. Comme le montre cette planche, les cellules ont revêtu une forme globuleuse ; elles sont atrophiées ; leur noyau vient se coller sur le bord de la cellule et prend une forme irrégulière. On ne note aucune autre lésion.

Cervelet et pédoncule. — Pas de lésions accusées.

Bulbe. — Légère atrophie des cellules des noyaux des nerfs crâniens. Aucune dégénérescence des cordons et des faisceaux pyramidaux. On note par places, principalement dans les régions olivaires, quelques réactions lymphocytaires périvasculaires en voie de transformation fibroïde.

Plexus choroïdes. — Aucune lésion.

Hypophyse. — Le tissu hypophysaire est normal, il est très riche en matière colloïde.

Organes. — On ne trouve aucune lésion dans la glande thyroïde, le pancréas et les glandes surrénales.

Dégénérescence graisseuse du foie et par places follicules tuberculeux.

Les reins ne présentent aucune lésion. A noter quelques granulations calcaires éparses dans le tissu conjonctif.

La rate est légèrement scléreuse.

Les ovaires contiennent encore des follicules de de Graaf assez nombreux. Présence de quelques petits kystes.

⁂

On peut résumer ainsi cette observation : troubles nerveux et mentaux graves à l'âge de trois ans qui dis-

paraissent en quelques semaines, laissant après eux des troubles du caractère, de l'indifférence affective, une tendance à vivre isolée, sans que l'intelligence proprement dite et le développement physique soient troublés. A 11 ans, crise de mélancolie avec obsession et impulsions diverses. A 15 ans, troubles cardiaques mal définis ; le caractère devient de plus en plus irritable et les premiers accès de rire sans motif apparaissent. A 20 ans, les manifestations mentales s'aggravent encore. Les troubles des actes s'accusent ; des idées hypochondriaques ,des phobies apparaissent ; on constate des phases de mutisme, des accès de rire et de pleurs sans motif, des tics. Cet état nécessite l'internement à l'âge de 21 ans et jusqu'à l'âge de 44 ans, la malade présente sans changement les symptômes mentaux et moteurs de la démence précoce hébéphrénique.

Les lésions de l'encéphale sont grossières et consistent en adhérences méningo-corticales, lésions cellulaires atrophiques, satellitose autant névroglique qu'embryonnaire, thromboses vasculaires organisées, petits amas de noyaux névrogliques, et en certains endroits, principalement dans le bulbe, réaction lymphoïde périvasculaire en voie de transformation fibroïde.

Il sagit d'interpréter ces lésions d'encéphalite qui présentent évidemment les caractères d'un processus chronique.

Je ferai remarquer que notre malade, à l'âge de 3 ans et demi, a présenté des troubles nerveux et mentaux graves et qu'à la suite de ces accidents, elle ne fut jamais considérée comme normale mentalement par ses parents.

Au cours de cet état chronique apparurent des phases aiguës qui aboutirent progressivement au syndrome de la démence précoce.

Me plaçant au point de vue évolutif, je crois que l'on peut soutenir que c'est la même maladie cérébrale qui, apparue à l'âge de trois ans, a continué à évoluer insidieusement et s'est traduite cliniquement par les divers troubles mentaux que je vous ai décrits.

D'après les constatations anatomo-pathologiques, il s'agit d'une méningo-encéphalite dont il est difficile actuellement de préciser la pathogénie, mais qui a dû avoir comme point de départ un état infectieux.

Si je soutiens cette manière de voir, c'est que j'ai pu suivre d'autres exemples semblables (1). Dans une communication antérieure, j'ai montré des lésions cérébrales encéphalitiques encore en évolution chez une femme qui était atteinte de démence précoce depuis douze ans. Dernièrement, je vous présentais une malade qui, à la suite d'une grippe suspecte, survenue à l'âge de 13 ans, avait manifesté des troubles du caractère, de l'apathie ; à 21 ans, elle était atteinte de démence précoce et à 23 ans, elle présentait un syndrome parkinsonien.

Je rapprocherai de ces cas, l'observation récente de MM. Toulouse et Courtois (2) qui admettent aussi qu'une encéphalopathie infantile peut être la première manifestation d'une toxi-infection qui pourra aboutir au syndrome hébéphrénique. MM. Targowla et Lamache (3) ont également décrit sous le terme de « débilité mentale évolutive » des troubles mentaux déterminés par une infection encéphalitique du jeune âge et qui poursuit lentement plus tard son évolution. Sous le nom d' « encéphalopathie infantile progressive », MM. Chatagnon et Courtois (4) ont rapporté une observation dans laquelle l'affection primitive, probablement un état méningé, avait laissé une débilité mentale accusée ; à 18 ans, le sujet présentait des troubles mentaux faisant craindre l'évolution vers la démence précoce. Chez d'autres sujets, l'infection se localise d'abord sur la

(1) L. Marchand. — Démence encéphalitique précoce. *Soc. clin. de Méd. ment.*, 18 février 1929.

(2) E. Toulouse et A. Courtois. — Syndrome de démence précoce d'origine infectieuse. *Soc. clin. de Méd. ment.*, 18 février 1929.

(3) Targowla et Lamache. — Contribution à l'étude des encéphalopathies infantiles frustes. Valeur nosologique de la débilité mentale évolutive. *Paris-médical*, 10 mars 1928.

(4) Chatagnon et Courtois. — Encéphalopathie infantile évolutive. *Soc. clin. de Méd. ment.*, 18 février 1929.

moelle sous forme de poliomyélite (1) et plus tard atteint le cerveau. Ces formes évolutives sont à rapprocher de l'encéphalite épidémique et même de la paralysie générale, maladies infectieuses indéniables, qui procèdent si souvent par poussées espacées.

En me plaçant au point de vue anatomo-pathologique, il est intéressant de noter qu'il est possible, malgré la longue évolution clinique de l'affection, de retrouver dans l'encéphale de notre sujet des lésions résultant de l'organisation conjonctive des lésions inflammatoires méningées et vasculaires primitives. A côté de ces lésions, d'origine mésenchymateuse, on note des altérations atrophiques des cellules nerveuses et la présence d'amas de noyaux névrogliques qui pourraient, à un examen superficiel, laisser supposer que notre malade était atteinte d'une démence précoce neuro-épithéliale. Dans notre cas, il est manifeste que ces dernières sont contemporaines des lésions mésenchymateuses et cette constatation vient à l'appui des remarques faites par M. Guiraud (2) quand, à propos de ses recherches sur l'anatomie pathologique des syndromes hébéphréniques, il attira l'attention « sur la possibilité de l'origine infectieuse exogène de syndromes encéphalitiques se présentant au point de vue de l'anatomie pathologique comme des processus neuro-épithéliaux ». A la réaction inflammatoire encéphalitique aiguë du début peut, en effet, succéder un processus chronique neuro-épithélial dont la pathogénie peut échapper, si un examen complet et étendu de l'encéphale ne vient pas déceler quelque reliquat inflammatoire de l'encéphalite primitive.

En résumé, il existe donc des encéphalites et des méningo-encéphalites infantiles déterminées par des virus encore inconnus, qui, à leur phase aiguë, se traduisent cliniquement par des troubles nerveux et mentaux

(1) L. Marchand et Mareschal. — Poliomyélite et démence précoce. *Soc. de Méd. ment.*, 18 février 1929.

(2) P. Guiraud. — Syndrome hébéphrénique et réactions névrogliques. *Soc. clin. de Méd. ment.*, 20 février 1928, p. 52.

plus ou moins graves. L'acuité des lésions disparaît quelquefois rapidement et tout semble cliniquement rentrer dans l'ordre. Une certaine débilité mentale, des troubles du caractère, et des sentiments, de l'apathie peuvent persister et montrent que le cerveau n'est pas sorti indemne du processus toxi-infectieux. Parmi ces cas, il en est quelques-uns dans lesquels le processus infectieux, mal éteint, reparaît plus tard par poussées souvent subaiguës, laissant dans leurs intervalles le cerveau plus ou moins invalide et finissant par déterminer des états chroniques dont certains rentrent dans le groupe des démences précoces hébéphréniques.

Discussion

M. Dide. — La communication de mon vieux camarade Marchand appelle de ma part quelques remarques.

Tout d'abord, je tiens à confirmer que parfois le syndrome de la D. P. peut être l'aboutissant d'infections banales du jeune âge et de la puberté ; je possède dans ma collection plusieurs séries de coupes où j'ai relevé des traces non douteuses de méningite, particulièrement de la base, et les vaisseaux offraient les réactions classiques de l'inflammation chronique avec réaction lymphocytaire péri-vasculaire.

Ces cas sont-ils les plus fréquents ? Je ne le pense pas et j'incline à attribuer aux systèmes sympathiques cérébraux un rôle prépondérant dans la pathogénie du syndrome. Tout me porte à croire même que la tuberculose méningée localisée et les reliquats d'inflammation subaiguë microbienne n'aboutissent au syndrome hébéphrénique que par les altérations qu'elles déterminent sur les systèmes vago-sympathiques que j'ai décrits.

Je désirerais, incidemment, rappeler les travaux de Buscaïno qui a pensé trouver dans les zones de désintégration de la substance blanche cérébrale, l'explication des symptômes paradoxaux de la maladie qui nous occupe. L'hypothèse de Rémond (de Metz) sur les leuco-encéphalites semblait de la sorte offrir une valeur

objective. Les microphotographies que je soumets à la société ne laissent aucun doute sur la réalité de ces zones de désintégration. Toutefois, les auteurs qui se sont occupés sérieusement de la question ont constaté que ces zones de désintégration existent dans la plupart des maladies mentales aiguës ou chroniques, et mes propres constatations confirment que cette altération n'est rien moins que spécifique.

Mais il y a plus ; des zones vraiment très analogues existent dans des cerveaux normaux, j'en ai constaté chez un supplicié de 20 ans.

Des constatations, autrement importantes, permettent de ne pas rejeter sans appel cette notion de leuco-encéphalite. Elles sont de deux ordres : on constate d'abord fréquemment dans la substance blanche des D. P. des renflements herniaires du cylindraxe et parfois le filament nerveux se vacuolise ; les photographies que je soumets sont démonstratives à ce sujet. D'autre part, on constate des traînées de cellules microgliques qui se sont multipliées sur le trajet des filets nerveux altérés et dont le protoplasma cellulaire paraît hypertrophié. Faut-il penser qu'il s'agit là de la dégénérescence mucocytaire de Greenfeld ? Je ne le crois pas ; en tout cas, d'autres recherches sont encore indispensables pour préciser ce point. Ces cellules entourées d'une zone claire se groupent parfois pour former une aire qu'un examen superficiel peut faire confondre avec les zones de désintégrations de Buscaïno, mais qui s'en distinguent nettement par leur structure organisée et par leur absence d'aspect grappulaire. Je reviendrai sur ces points dans des travaux ultérieurs et je veux simplement soumettre à nos collègues une vue d'ensemble anatomo-pathologique.

Je persiste à croire que le syndrome hébéphrénique est une maladie qui atteint surtout le système sympathique cérébral, provoquant des réactions microgliques et par cela je ne me sépare pas de Klippel et Lhermitte qui admettent l'origine neuro-épithéliale de la maladie.

Doit-on parler d'abiotrophie héréditaire constitu-

tionnelle ou familiale ? Faut-il plutôt penser avec Guiraud à une affection parasitaire ou causée par un virus filtrant ? Je ne possède aucun élément scientifique pour exclure l'une ou l'autre hypothèse ; je crois même que l'éclectisme conviendrait mieux quand on pense au rôle nécessaire joué par l'apport constitutionnel dans la contagion et la localisation des maladies infectieuses les plus indiscutables.

Je remercie en tout cas mon ami Marchand de m'avoir fourni l'occasion d'esquisser une synthèse anatomique qui sans doute dépasse largement les limites de la D. P., mais dont les caractères spécifiques devront être précisés pour chacune des maladies actuellement groupées sous le nom de folies constitutionnelles et qui s'opposent, anatomiquement autant que cliniquement, aux démences véritables, atteignant primitivement la corticalité et l'intelligence.

M. Guiraud. — Comme M. Marchand, j'ai eu l'occasion d'observer de temps en temps des réactions méningées dans des syndromes hébéphréniques. Récemment, dans un cas dû à l'obligeance de M. Courbon, j'ai constaté un épaississement pie-mérien indiscutable avec légère infiltration et des lésions vasculaires consistant non en réaction inflammatoire, mais en épaississement de la paroi vasculaire avec dégénérescence calcaire.

Une autre fois, j'ai trouvé au niveau du locus niger une réaction périvasculaire à lymphocytes.

Comme je l'ai déjà soutenu, je ne crois pas qu'on puisse opposer les formes avec réaction vasculo-méningée et les formes dites neuro-épithéliales.

Pour ces dernières :

1° Il peut s'agir d'inflammations éteintes ; à mesure que la maladie passe à l'état chronique, les réactions vasculaires disparaissent et on ne trouve plus que des lésions nerveuses et névrogliques. Il en est de même pour la sclérose en plaques, l'encéphalite périaxiale de Schidler, l'encéphalite léthargique, etc., où l'inflammation est remplacée avec le temps par une sclérose neuroglique ;

2° On peut avoir affaire à des agents pathogènes à action neurotrope qui laissent intacts les vaisseaux et les méninges pour continuer leur action sur les cellules névrogliques et ganglionnaires. Sans la collaboration d'éléments cellulaires vasculaires ou méningés, le tissu nerveux à lui seul peut réagir. Del Rio Hortega a montré combien la microglie joue un rôle de protection et combien facilement elle émigre vers les régions atteintes par un traumatisme ou une brûlure ; on voit la microglie changer de forme, perdre ses prolongements, prendre un aspect amiboïde et finalement exercer un rôle phagocytaire. L'opinion de Del Rio Hortega que la microglie est d'origine mésodermique, est une théorie sans intérêt pour la question qui nous occupe.

Dans certaines maladies, à virus neurotrope, on constate à l'intérieur du noyau des cellules nerveuses, des inclusions spéciales montrant la lutte entre le corps cellulaire et l'agent pathogène (maladie de Borna).

Pour moi, les lésions exclusivement neuro-épithéliales ne prouvent rien quant à l'origine endogène ou exogène d'une maladie. Je n'admets que difficilement la dégénérescence primitive des cellules par « abiotrophie ». Le caractère familial des maladies ne me paraît pas davantage un argument contre l'origine exogène. Il y sans doute de simples prédispositions familiales et aussi des infections familiales développées sur ces prédispositions.

L'hypothèse d'un virus filtrant à action torpide est à envisager dans l'hébéphrénie.

M. MARCHAND. — Les zones de désintégration dont vient de parler M. Dide se retrouvent dans les cas aigus et les cas chroniques. Je ne sais à quoi elles correspondent et je n'en ai pas parlé dans ma communication parce que je me suis placé au seul point de vue anatomo-clinique de la démence précoce. J'ai voulu montrer qu'à côté des cas dans lesquels on ne constate que des lésions cellulaires (démence neuro-épithéliale), il en existe d'autres dans lesquels on peut retrouver un ancien processus encéphalitique.

Je suis heureux de constater que M. Guiraud admet cette forme de démence précoce et je crois, comme lui, que certains cas de démence précoce neuro-épithéliale sont en réalité des démences précoces de nature toxi-infectieuse dans lesquelles le processus encéphalitique ancien est éteint.

L'adultisme mental et les états de maturité précoce de la personnalité

par M. Paul COURBON

L'existence paradoxale d'une mentalité d'enfant chez un vieillard ou un adulte est bien connue depuis la magistrale description qu'en a faite E. Dupré (1) en la désignant du nom de puérilisme. Comme nous l'avons montré après lui, René Charpentier et moi (2), il peut s'agir soit d'un arrêt d'évolution de la personnalité au stade de l'enfance, soit d'une régression de la personnalité à ce stade, après qu'elle avait atteint celui de la maturité ou même celui de la vieillesse.

L'existence d'une mentalité d'adulte chez un enfant est une réalité aussi paradoxale, mais non moins certaine. Elle correspond à une précocité de développement de la personnalité psychique qui tantôt s'accompagne d'une maturité analogue des organes, tantôt la devance. Dans le premier cas l'enfant a l'esprit et le corps d'un adulte, dans le second il n'en a que l'esprit.

Très souvent cette maturité psychique comporte la concomitance de perversions instinctives qui font du sujet un déséquilibré moral, prédestiné à l'asile ou à la prison. Nous en rapportons ici précisément deux exemples concernant un petit voleur de 12 ans dont la taille, la corpulence et l'apparence étaient celles d'un bambin

(1) *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1901.

(2) R. CHARPENTIER et P. COURBON. — Le puérilisme mental et les états de régression de la personnalité. *Encéphale*, 1909.

et une opulente prostituée de 13 ans dont la stature et les appâts sont ceux d'une gaillarde déjà mûre.

Mais le déséquilibre mental n'est peut-être pas toujours la rançon fatale de cette précocité. On ne trouve parfois ni perversion, ni arrièration chez ces gamins qui tranchent sur leurs camarades par l'absence de toute communauté de goûts, de besoins, de pensées, de gestes, et au contraire ressemblent aux grandes personnes par leurs allures, leurs exigences, leurs aptitudes, leurs jugements. Mais il faudrait suivre leur avenir et cela ne m'a pas encore été donné.

L'adultisme mental n'a pas à ma connaissance, retenu l'attention des psychiatres. J'en ai esquissé une description dans un article du *Journal de Psychologie* (1) : aversion pour les jeux enfantins (chevaux de bois, soldats de plomb, poupées, rondes, etc.) et pour les récits puérils (bibliothèque rose, contes de Fées) — attrait pour les jeux d'adultes (cartes, billard, danses) et pour leurs lectures (romans, journaux) — conception positive de la vie (absence d'illusions, d'enthousiasme, manque de fraîcheur des sentiments) — mœurs d'adultes (café, tabac, cuisine, broderie) — pratiques sexuelles (coquetterie, sensualité érotique). Leur comportement en somme s'adapte au réel et est pur de cet égocentrisme illogique qui d'après Piaget (2) rend l'enfant incapable d'objectivité.

Ces particularités n'ont pas échappé aux caricaturistes et le *rire* il y a quelques années leur consacra une charge fort pittoresque. Un bambin habillé et coiffé en homme, dressé sur la pointe des pieds pour remettre sur le comptoir le verre d'absinthe qu'il vient de vider, répond à un ouvrier qui l'a menacé de prévenir sa mère : « Oh ! ma mère ne crierait pas trop, mais c'est ma femme qui me passerait quelque chose ! »

I. — Le premier exemple à citer est celui d'un enfant allemand de 12 ans, pas plus haut qu'un petit garçon

(1) Les mentalités paradoxales. *Journal de Psychologie* de 1925.
(2) Piaget. — *Le langage et la pensée chez l'Enfant.* Neufchâtel, 1922.

de 8 ans qui, à l'issue de la guerre, vint tout seul de Silésie en Alsace, pour vivre de rapine. Il savait par les journaux que les Français victorieux avaient apporté l'abondance dans cette province dont il connaissait la langue, alors que la disette sévissait en Allemagne. Il s'était fait transporter par les soldats Alliés en s'accrochant à leurs convois, en se prétendant fils de paysans alsaciens. Arrêté pour vols, il fut enfermé à la Colonie pénitentiaire de Haguenau où je le vis en 1919 (1). J'ai rapporté son odyssée de cambrioleur dans l'*Encéphale* de 1920 et montré toute la maturité de son jugement, toute l'indépendance de son caractère, toute la virilité de sa conduite. Mon récit se terminait à son évasion de la Colonie en décembre 1919. Je l'ai revu deux ans plus tard. Après un séjour de deux ans dans sa famille en Silésie, séjour confirmé par l'enquête, il avait voulu revoir l'Alsace, mais le gendarme qui l'avait arrêté une première fois, le reconnut à la frontière et lui mit la main au collet. Il arriva à la Colonie, physiquement beaucoup plus développé et mentalement toujours le même. On le garda de mars à juillet 1921, époque où il fut remis aux gendarmes de son pays natal. En résumé : « maturité psychique mais non physique, avec amoralité par paresse et tendance au vol ». Voilà la formule de notre premier sujet.

II. — Le second exemple est celui de la fillette de 13 ans qui va se présenter à vous sous les espèces plantureuses d'une raccrocheuse depuis longtemps nubile.

Comme vous le voyez en effet, elle a l'air d'avoir plus de 20 ans, sa taille est de 1 m. 65 elle pèse 63 kilos ; ses seins, son bassin et ses poils sont ceux d'une femme ; toute expression puérile est bannie de son visage.

Depuis l'âge de 12 ans elle s'est enfuie du domicile familial et se livre à la prostitution, vivant avec des souteneurs et racolant les passants dans les rues du quartier de la République. Si vous causez quelques instants avec elle vous êtes surpris de constater dans ses

(1) Précocité intellectuelle et délinquante chez un enfant allemand, *Encéphale*, juin et juillet 1920.

raisonnements une maturité psychique qui ne rappelle en rien la mentalité d'une gamine de son âge, et un niveau intellectuel qui dépasse de beaucoup celui des prostituées habituelles.

Elle est la fille d'ouvriers piémontais, installés depuis une dizaine d'années à Paris, et dans la famille desquels on ne constate aucun exemple de maturité physique permettant de considérer celle qu'elle présente comme d'origine familiale ou ethnique. La mère mariée à 21 ans n'a eu ses règles qu'à 16 ans et n'avait pas encore atteint tout son épanouissement plastique à 20 ans. Elle a une sœur âgée d'un an et demi de plus qu'elle, qui a toujours l'air d'être sa cadette et dont la conduite n'a jamais laissé à désirer. Le père serait assez buveur. La mère semble peu intelligente et équilibrée. Le ménage jouit d'une certaine aisance.

Personnellement, notre héroïne fut une brillante élève qui passa avec succès le certificat d'études à 12 ans. Elle connaît parfaitement l'orthographe, bien le calcul et la comptabilité ; aussi sa mère et ses maîtresses voulaient-elles en faire une élève de l'école Pigier, mais elle refusa énergiquement, sous prétexte que cela ne lui plaisait pas.

Elle entra donc en apprentissage, à 6 francs par jour, dans un atelier de couture d'où on la renvoya au bout de trois mois, puis dans un magasin comme aide-comptable à 75 francs par semaine d'où on la renvoya encore, au bout d'un mois. Elle resta quelques semaines dans sa famille où son inconduite donnait prétexte à des scènes continuelles et un beau jour de mars 1928 disparut. Depuis sa sortie de l'école, elle fréquentait des filles de 20, 22, 24 et 19 ans avec qui elle se promenait, courant les cafés, buvant l'apéritif, jouant aux cartes, fréquentant des garçons.

Dès son enfance, on avait remarqué son attirance pour des camarades beaucoup plus âgées qu'elle. Les jeux du saut à la corde, du ballon, du cerceau, de la dînette furent vite par elle délaissés.

Sa poupée n'était entre ses mains qu'un mannequin

sur lequel exercer l'art de la couture et non la confidente de soliloques puérils. Dès l'âge de 11 ans, la société des garçons adolescents l'avait attirée pendant les vacances se livrant avec eux aux ébats érotiques.

Aussi, sa famille ne fut-elle pas surprise beaucoup, quand elle réapparut soudain, en août 1928, dans un état lamentable, expliquant le métier dont elle avait vécu, faisant le trottoir, prenant 40 francs par passe, en expédiant une moyenne de 4 par jour, dissipant ses gains en fêtes avec les souteneurs. Elle avait attrappé la blennorragie et la syphilis traitées à St-Louis et s'était fait avorter après 2 mois de suppression de règles. Le service social de l'enfance la fit placer à Fresnes pendant trois semaines, puis un mois à Saint-Louis, puis un mois chez les Religieuses de Chevilly, puis trois semaines à Broca et enfin à l'Hôpital Henri-Rousselle. Partout son indiscipline fut telle qu'en désespoir de cause on l'interna. Elle arriva dans mon service de Vaucluse le 28 février 1929. Elle y est assez docile et fait preuve, dans ses conversations, d'une sagesse et d'une maturité surprenantes.

Elle parle des méthodes éducatives, des dangers des mauvais exemples, des désillusions de la vie, de la nécessité de prendre l'existence au sérieux, comme une mère de famille. Elle écrit à sa sœur plus âgée qu'elle des lettres pleines d'une aimable condescendance. Elle a, avec les malades sensées, des conversations fort sérieuses. Mais dès qu'un homme passe à portée de ses paroles, elle s'empresse de l'aguicher par les minauderies et même par les propos les plus grossièrement pornographiques.

En résumé : « prématurité physique et psychique avec amoralité par paresse et prédestination à la prostitution ». Voilà la formule de cette fille qui serait mieux à sa place dans une maison de correction où elle pourrait peut-être apprendre quelque chose que dans un asile où elle oubliera sûrement ce qu'elle sait.

Les conclusions qui se dégagent de ces observations et des considérations préalables sont les suivantes ;

L'Adultisme mental est un syndrome constitué par la présence chez un enfant, de goûts, de besoins, de sentiments, de pensées, d'aptitudes propres à l'adulte. Il correspond à une précocité du développement psychique qu'une précocité parallèle du développement physique peut ou non accompagner. Dans le premier cas, le sujet n'a rien de l'enfant ; par l'esprit et par le corps, il est prématurément un adulte. Dans le second cas, il reste enfant par le corps, mais est adulte par l'esprit.

Cette anomalie évolutive comporte souvent un déséquilibre par atrophie et par perversion, de l'affectivité morale.

L'expérience me manque pour dire s'il en est toujours ainsi et pour porter un pronostic sur l'avenir de ces adultes mentaux prématurés.

Discussion

M. Dide. — Il est intéressant de rappeler que des syndromes analogues à ceux que présentent les malades dont parle M. Courbon ont été décrits comme suite d'une hypertrophie de la glande pinéale.

M. Colin. — Les cas comme celui que nous a présenté M. Courbon sont, au fond, assez fréquents ; le quartier des insoumises au Dépôt offre beaucoup de cas semblables.

M. Guiraud. — Il serait intéressant de connaître la pression sanguine de ces malades, pour pouvoir examiner la question, s'il ne s'agit pas chez eux d'un déséquilibre endocrinien, et plus particulièrement d'un syndrome hypophysaire et surrénal. Il faut également tenir compte qu'au fond le mot « adultisme » n'épuise pas le tableau clinique, puisque dans celui-ci nous trouvons des symptômes franchement pathologiques (fugue, inconduite, etc.).

M. Marchand. — Dans certains pays méridionaux, la précocité physique et mentale, surtout chez la femme,

est normale ; si bien que c'est une tare pour une famille d'avoir une fille de 16 ans qui ne soit pas mariée.

M. SEMELAIGNE. — Le mot « adultisme » est certes un néologisme, mais il présente au moins l'avantage d'être compréhensif, contrairement à bien d'autres néologismes dont on cherche parfois, bien inutilement du reste, à encombrer de nos jours la psychiatrie.

M. JANET. — Je crois que l'application des tests de Piaget, malgré que ces tests aient été employés par leur auteur pour l'étude d'enfants au-dessous de 11 ans, pourraient donner dans les cas de M. Courbon des résultats intéressants.

M. COLIN. — Les cas de précocité physique et mentale ne sont pas rares chez les filles, surtout chez celles qu'attire la prostitution et si M. Courbon visitait au Dépôt le quartier spécial réservé aux insoumises, il en trouverait de nombreux exemples.

M. COURBON. — Le timbre de la voix de cette fille quand elle n'est pas enrhumée se rapproche de celui de la contralto comme le suppose avec raison M. Dide. — On ne note pas chez elle de signe clinique net de dysendocrinie. Tout en maintenant que son aspect extérieur est celui d'une fille d'au moins 18 ans, je crois avec M. Guiraud que l'hyperépinéphrie ne doit pas être incriminée. — Comme le dit M. Colin, une pareille précocité psychique n'est pas rare chez les prostituées ; mais le contraste me paraît particulièrement piquant chez celle-ci entre ses aptitudes intellectuelles à gagner honorablement sa vie, et son incapacité morale à se servir d'elles. — Il y a, comme le fait remarquer M. Marchand, une prématurité ethnique, mais les faits que la mère ne fut réglée qu'à 16 ans, et que la sœur quoique aînée de 2 ans a l'air plus jeune que mon héroïne et fut réglée après elle ne permettent pas de voir là une précocité familiale. — Je suis tout à fait de l'avis de M. Semelaigne et le terme de précocité mentale est bien suffisant pour désigner les réalités que je vise ; mais, en outre qu'il est parfaitement intelligible,

le néologisme adultisme n'est qu'un prolongement de celui de puérilisme que Dupré eut raison d'inventer, car aucune locution de la langue courante ne désignait l'objet ainsi étiqueté. — J'aurais dû en effet, suivre le conseil de M. Janet et compléter mes examens par l'application de tests révélateurs, d'après Piaget, de la mentalité enfantine. Désormais, je le ferai. Mais je crois que chez les enfants comme ceux-ci, qui se sont adaptés aussi parfaitement qu'un adulte à la situation choisie de voleur et de prostituée, ces tests seront négatifs.

Les réactions biologiques chez les paralytiques généraux traités par la malaria

par MM. Leroy et Médakovitch

L'importance de la ponction lombaire est fondamentale chez les syphilitiques. Elle décèle l'envahissement des méninges et du système nerveux avant tout trouble organique cliniquement appréciable. Elle confirme un diagnostic hésitant, précise l'évolution du processus et indique le résultat du traitement.

La lymphocytose moyenne ou abondante du L. C.-R. est la résultante d'une méningite chronique syphilitique qui est à la base de toutes les localisations du tréponème sur le système nerveux. D'après Ravaut, lorsque les lésions guérissent ou évoluent vers la sclérose, on constate des modifications très rapides dans le nombre et la qualité des leucocytes.

En même temps que cette lymphocytose, qui ne se rencontre pas chez les malades dont le système nerveux est indemne, il existe toujours — sauf de rares cas exceptionnels — une hyper-albuminose indiquant, elle aussi, une altération des méninges. Hyper-lymphocytose et hyper-albuminose sont la caractéristique de l'infection syphilitique des P. G. Le dosage de l'albumi-

ne a une valeur de premier ordre. L'apparition des globulines précède même souvent l'apparition du B.-W. et de la lymphocytose (Noguchi) et il existe un certain parallélisme entre la richesse en globulines et l'intensité de la réaction de B.-W.

La réaction de B.-W. positive dans le L. C.-R. indique presque toujours la syphilis quoique, dit-on, la présence d'albumine en excès, quelle qu'en soit la cause, puisse donner le même résultat. La réaction négative n'exclut pas la syphilis nerveuse mais elle montre une lésion très légère ou très ancienne ou très améliorée par le traitement. D'une manière générale, la teneur en albumine est proportionnelle à la réaction de B.-W.

Les travaux de Guillain, Guy Laroche et Léchelle ont montré toute la valeur de la réaction de précipitation du benjoin colloïdal. Celle-ci donne dans le L. C.-R. des P. G. une précipitation totale typique des 5 ou 10 premiers tubes. Cette réaction n'est en rapport ni avec l'albuminose, ni avec la lymphocytose ; elle est le plus souvent parallèle à la réaction de B.-W. et à la floculation de Vernes.

Si nous avons cru bon de rappeler ici, en deux mots, ces données classiques, c'est qu'elles nous permettront d'interpréter les variations humorales étudiées chez les paralytiques généraux traités par la malariathérapie. Elles seront notre guide pour nous rendre compte comment se comportent le liquide et le sang, selon que nous avons affaire à des malades guéris, améliorés ou sans changement au point de vue psychique. Nous verrons s'il y a parallélisme entre les deux ordres de faits, s'il s'en dégage un critérium au point de vue des récidives ultérieures, s'il en résulte une preuve de guérison.

Période récente

Nous exposerons d'abord les résultats obtenus par l'examen du liquide et du sang des malades traités par la malariathérapie et la médication spécifique mixte à hautes doses pendant la période récente. Nos recher-

ches portent sur 80 P. G. ayant nécessité 240 ponctions lombaires pendant une année environ.

Le L. C.-R. ainsi que le sang ont été systématiquement analysés par un très grand nombre de réactions afin de déceler les moindres variations et acquérir une plus grande précision dans les résultats. Par exemple, la recherche des globulines qui, dans certains cas, est insuffisante avec une réaction peut se montrer plus ou moins nettement positive avec une autre. Ce qui nous a amené à employer 4 réactions : Pandy (acide phénique), Weichbrodt (sublimé), Nonne Appelt (sulfate d'ammoniaque), Noguchi (acide butyrique) ; cette dernière étant l'une des plus sensibles et la plus caractéristique de la P. G. De même, les réactions sérologiques : B.-W., floculation de Vernes, tolu (Meinicke) ne marchent pas toujours de pair et peuvent présenter des résultats fort variables. C'est ainsi qu'on peut observer un B.-W. négatif, une floculation faible avec un tolu (Meinicke) positif ou un B.-W. positif avec un tolu (Meinicke) et une floculation faible.

En examinant ces observations, la première constatation qui s'en dégage est que les modifications cliniques et biologiques ne sont pas toujours parallèles. On voit des malades en excellent état de rémission conserver des réactions humorales nettement positives et, réciproquement, des malades restés dans le même état de démence présenter des réactions négatives.

En prenant comme base le degré des rémissions cliniques, nous étudierons successivement les réactions biologiques des paralytiques généraux en rémission complète, améliorés ou stationnaires. Nous ne pouvons donner naturellement ici qu'un petit nombre d'observations.

Paralytiques généraux avec rémission complète

A. Réactions biologiques normales

Observ. I. — Coud. Jean, 48 ans, entré le 19 mai 1928, impaludé le 11 juin 1928, sorti en parfait état de santé le 12 décembre 1928.

Liquide céphalo-rachidien	19 mai 1928	11 juin 1928	27 août 1928	25 sept. 1928	25 nov. 1928
	—	—	—	—	—
Lymphocytes	9	8,8	3,1	4	2,8
Albumine	0,70	0,56	0,20	0,30	0,22
Globulines Pandy	positif	positif		négatif	négatif
Globulines Weichbrodt	positif	positif		négatif	négatif
Benjoin	22222.22222.00000 T.	2221.11130.00000 T.	02210.00100.00000 T.	02210.00110.00000 T.	01200.00000.00000 T.
Elixir parégorique	positif	positif		négatif	négatif
Tolu (Meinicke)	positif	positif	positif	négatif	négatif
Bordet-Wassermann	positif	positif	positif	négatif	négatif
Sang					
Tolu (Meinicke)	positif	positif	positif	négatif	négatif
Bordet-Wassermann	positif	positif	positif	négatif	négatif
Traitement K. I			 80 g.	 77 g.	
Traitement $Hg.I^2$			 0,80	 0,33	
Traitement Hg. Cy	 0,21				
Traitement Sulfar	 4,92				
Traitement Stovar	 0,50		 13 g.	 4,50	
Traitement Quinby	 4 inj.		 7 inj.		

Dans le L. C.-R. de ce malade, nous voyons une réaction méningée syphilitique en activité se traduisant par hyper-leucocytose et hyper-albuminose, benjoin typique dans la zone paralytique, B.-W. positif. 2 mois après l'impaludation et le début du traitement spécifique (27 août 1928), la leucocytose et l'albuminose reviennent au taux normal, le benjoin et le B.-W. restant encore positifs. 3 mois et 1/2 après (27 sept. 1928), toutes les réactions biologiques sont devenues négatives, sauf le benjoin qui précipite complètement dans 2e et 3e tube et partiellement dans le 4e. Le traitement a été particulièrement énergique du 21 août au 16 sept. : Quinby alterné avec stovarsol (1). Une dernière ponction lombaire (25 nov. 1928) présente un liquide normal. Le *sang* resté positif jusqu'au 25 sept. 1928, est devenu négatif et s'est maintenu tel.

Observ. II. — Nov. Michel, 33 ans, entré le 12 nov. 1928 : P. G. typique avec dépression et idées de suicide, céphalée. Syphilis contractée en 1916. Impaludé le 1er déc. 1928. Amélioration rapide de l'état psychique. Sorti le 20 avril 1929 en bon état.

Le liquide céphalo-rachidien de Nov. Michel qui présentait, le 1er nov. 1928, une hyper-lymphocytose, une très nette hyper-albuminose, une courbe de benjoin étendue à toute la zone paralytique et un B.-W. positif, montre, un mois après l'impaludation (29 nov. 1928), une lymphocytose et une albuminose très atténuée, des globulines négatives, un benjoin amélioré, le B.-W. restant positif. 3 mois après (29 janv. 1929) la lymphocytose et l'albuminose ont tendance à revenir à la normale, le benjoin précipite partiellement seulement dans les 4 premiers tubes, la floculation et le B.-W. sont négatifs. Dans la dernière ponction (11 mars 1929) *après arrêt du traitement,* la lymphocytose et l'albuminose augmentent à nouveau, pendant que le benjoin reste complètement négatif ainsi que la floculation ; le B.-W. redevient positif.

Le sang présente un B.-W. et une floculation négatifs à tous les examens. Seule la réaction du tolu, positive le 29 nov. 1928, se montre partiellement positive le 29 janv. 1929 et négative le 11 mars 1929.

(1) Leroy et Medakovitch. — Traitement de la P. G. par la malariathérapie suivi d'un traitement spécifique mixte à haute dose (obs. VI). *Société méd.-psychol*, nov. 1928.

Liquide céphalo-rachidien		1er nov. 1928 —	29 nov. 1928 —	29 janv. 1929 —	11 mars 1929 —
Lymphocytes		12,7	4	3,2	4,1
Albumine		0,65	0,48	0,30	0,40
Globulines	Pandy		négatif	traces	traces
	Weichbrodt		négatif	traces	traces
	Noguchi				négatif
Benjoin		22240.22220.00000 T.	12220.04404.00000 T.	11110.00000.00000 T.	00400.00000.00000 T.
Elixir parégorique			positif	positif	positif
Tolu (Meinicke)			partiel. positif	négatif	partiel. positif
Bordet-Wassermann		positif	positif	négatif	positif
Floculation Vernes				3	1
Sang					
Tolu (Meinicke)			partiel. positif	partiel. positif	négatif
Bordet-Wassermann		négatif	négatif	négatif	négatif
Floculation Vernes				0	0
Traitement	K. I				85 g.
	Hg. I2				0,41
	Hg. Salicyl			0,60	0,12
	Sulfar			1,98	4,36
	Quinby				5 inj.

B. Réactions biologiques améliorées

Observ. III. — Maur. René, 54 ans, entré le 31 sept. 1928. Syphilis contractée en 1898. Traitement commencé le 14 oct. 1928.

Liquide céphalo-rachidien	15 sept. 1928	22 janv. 1929	11 mars 1929
	—	—	—
Lymphocytes	9	4,5	3,6
Albumine	0,80	0,30	0,31
Globulines — Pandy	positif	traces	traces
Globulines — Weichbrodt	positif	traces	traces
Globulines — Noguchi			positif.
Benjoin	22224.22222.10000 T.	22211.00000.00000 T.	04110.00000 00000 T.
Elixir parégorique	positif	positif	positif
Tolu (Meinicke)	positif	positif	partiel. positif
Bordet-Wassermann	positif	positif	positif
Floculation Vernes			17
Sang			
Tolu (Meinicke)	positif	partiel. positif	partiel. positif
Bordet-Wassermann	positif	positif	positif
Floculation Vernes			3
Traitement — K. I	240 g		23 g.
Traitement — Hg. I²		0,40	0,19
Traitement — Hg. salicyl		0,70	1,60
Traitement — Sulfar		4,98	5,60
Traitement — Stovar			7 inj
Traitement — Quinby			

Le liquide céphalo-rachidien de Maur., à l'entrée, montrait une hyper-lymphocytose, une hyper-albuminose, des globulines manifestes, un benjoin précipitant jusqu'au 11e tube, un tolu et un B.-W. positif. Les modifications humorales ne se réalisent que 3 mois après le traitement. On trouve, en effet, dans la ponction du 22 janv. 1929 : grosse diminution de la lymphocytose, traces de globulines, le benjoin précipite complètement dans les 3 premiers tubes, incomplètement dans les deux suivants ; tolu et B.-W. positifs. La dernière ponction (11 mars 1929) donne une lymphocytose et une albuminose presque normales, des traces de globulines, un benjoin presque négatif, un tolu partiellement positif, floculation et B.-W. positifs. Dans le *sang*, le B.-W. est toujours resté positif, le Meinicke partiellement positif dans les deux derniers examens.

C. Réactions biologiques irréductibles

Observ. IV. — Sm. Nicolas, 32 ans, entré le 21 août 1928. Syphilis contractée en 1920. Impaludation le 25 août 1928.

Liquide céphalo-rachidien	**19 juill. 1928** —	**25 nov. 1928** —	**25 janv. 1929** —	**11 mars 1929** —
Lymphocytes	80	8,2	6,5	6,7
Albumine	1,60	0,75	0,56	0,56
Globulines Pandy	positif	positif	positif	positif
Globulines Weichbrodt	positif	positif	positif	positif
Globulines Noguchi				
Benjoin	22222.22222.21000 T	22222.01400.00003	22222.10000.00000 T	22221.00000.00000 T
Elixir parégorique	positif	positif	positif	positif
Tolu (Meinicke)	positif	positif	positif	positif
Bordet-Wassermann	positif	positif	positif	positif
Floculation Vernes			12	18
Sang				
Tolu (Meinicke)	positif	positif	positif	positif
Bordet-Wassermann	positif	positif	positif	positif
Floculation Vernes			8	6
Traitement				
K. I.	 165g	 25 g.		 196g
Hg. I²	 0,40	 0,20		 0,40
Hg. Cy	 0,25	 0,13		
Sulfar	 3,26	 14,52		 11,52
Quinby	 6 inj.	 18 inj		 14 inj

Nous avons ici dans le L. C.-R. une réaction méningée extrêmement intense : benjoin précipitant dans les 5 premiers

tubes, B.-W et tolu positifs. Un mois après le traitement (25 nov. 1928), les lymphocytoses passent de 80 à 8,2, l'albuminose de 1 gr. 60 à 0,70, benjoin et B.-W. sans modification. La 3e ponction (25 janv. 1929) révèle une atténuation de la lymphocytose et de l'albuminose mais les globulines restent positives, benjoin et B.-W. sans modification. Le 11 mars 1929, aucun changement à signaler. Dans le *sang*, le B.-W. et le tolu ont toujours été positifs ; la floculation se tient entre 8 et 6.

Paralytiques généraux avec rémission incomplète

A. Réactions biologiques normales

Observ. V. — Reb. Alfred, 33 ans, entré le 28 août 1927. Syphilis contractée en 1917. Impaludation le 4 octobre 1928.

Liquide céphalo-rachidien	**17 sept. 1927**	**29 janv. 1929**	**11 mars 1929**	
	—	—	—	
Lymphocytes	3,8	2,7	2,7	
Albumine	0,40	0,20	0,22	
Globulines — Pandy		négatif	négatif	
Globulines — Weichbrodt		négatif	négatif	
Globulines — Noguchi			négatif	
Benjoin		00000.01000.00000 T.	00030.00000.00000 T.	
Elixir parégorique		positif	négatif	
Tolu (Meinicke)		négatif	négatif	
Bordet-Wassermann	positif	négatif	négatif	
Floculation Vernes		0	0	
Sang				
Tolu (Meinicke)		négatif	positif	
Bordet-Wassermann	positif	négatif	négatif	
Floculation vernes		0	0	
Traitement — Aucun traitement				
Traitement — K. I.		36 g.		
Traitement — Hg. I2		0,30		
Traitement — Hg. Salicyl		0,70		
Traitement — Sulfar		6,78		
Traitement — Quinby		5 inj.		

Liquide céphalo-rachidien	27 avril 1927	28 nov. 1927	19 mai 1928	17 juin 1928	27 nov. 1928	11 mars 1929
	—	—	—	—	—	—
Lymphocytes	8	5,6	5	5	5,7	3,8
Albumine	0,60	0,40	0,20		0,40	0,23
Globulines Pandy			traces	traces	négatif	traces
Globulines Weichbrodt			traces	traces	négatif	traces
Globulines Noguchi						négatif
Benjoin			12222.22221.00000 T.	12220.22221.00000 T.	11200.01000.00000 T	01200.00000.00000 T
Elixir parégorique				positif	particl. positif	négatif
Tolu (Meinicke)				positif	partiel. positif	négatif
Bordet-Wassermann	positif	positif	positif	positif	particl. positif	négatif
Floculation Vernes						0
Sang						
Tolu (Meinicke)						
Bordet-Wassermann	positif	positif	particl. positif	partiel. positif	négatif	partiel. positif
Floculation Vernes						négatif
Traitement K. I				 219 g		17
Traitement Hg. I²				 0,41		
Traitement Hg. salicyl				 0,60	 1,80	
Traitement Sulfar				 10,02	 2,88	
Traitement Stovar		 9,50				
Traitement Quinby				 12 inj		

Dans ce cas, le liquide céphalo-rachidien décelait une lymphocytose et une albuminose discrètes, B.-W. positif. Après deux mois et demi de traitement (29 janv. 1929), la lymphocytose et l'albuminose sont nettement normales, les globulines négatives, le B.-W. et la floculation négatives, le tolu négatif. Le 11 mars 1929, résultat identique. Le *sang*, qui offrait des réactions positives, est devenu complètement négatif.

B. Réactions biologiques améliorées

Observ. VI. — Corn. Louis, 46 ans, entré pour la 2e fois le 21 juin 1928, ayant déjà subi, lors d'une première entrée, — le 17 avril 1927 au 25 février 1928, — un traitement par malaria et stovarsol ; 2e impaludation le 19 juillet 1928.

Corn. Louis avait, au début, une hyper-lymphocytose et une hyper-albuminose avec B.-W. positif dans le liquide et dans le sang, la courbe du benjoin était nettement du type paralytique. 4 mois après le nouveau traitement, la lymphocytose se montre presque normale, l'albuminose normale, traces de globulines, le benjoin précipite complètement dans le 3e tube et à peine dans les deux premiers. Toutes les autres réactions du L. C.-R. sont complètement négatives. Dans le *sang*, le B.-W. très positif va en s'atténuant pour devenir négatif.

C. Réactions biologiques irréductibles

Observ. VII. — Imb. Charles, 31 ans, entré le 10 déc. 1927. Impaludé le 11 mai 1928.

Nous constatons, au début, une hyper-lymphocytose considérable, une hyper-albuminose, un B.-W. positif dans le liquide et dans le sang. Après un an de traitement, la lymphocytose et l'albuminose apparaissent presque normales, traces de globulines, le benjoin atypique s'est peu amélioré. Toutes les autres réactions, y compris la floculation, restent complètement positives. Le *sang* positif est encore tel.

Il est intéressant de remarquer que, pendant les doses très élevées de la thérapeutique spécifique, les réactions du B.-W. ont eu tendance à rétrocéder. Un incident oculaire (pâleur de la papille) fait suspendre le traitement fin oct. 1928, le B.-W. redevient par la suite positif dans le liquide et dans le sang.

Liquide céphalo-rachidien	12 janv. 1928	13 oct. 1928	25 nov. 1928	5 févr. 1929	11 mars 1929
	—	—	—	—	—
Lymphocytes	47	8,9	4,9	4	3,2
Albumine	0,50	0,40	0,40	0,30	0,31
Globulines — Pandy		négatif		traces	traces
Globulines — Weichbrodt		négatif		traces	traces
Benjoin		02210.01100.00000 T	22210.02100.00000 T	12210.00000.00000 T	11210.00000.00000 T
Elixir parégorique		négatif	négatif	positif	positif
Tolu (Meinicke)				négatif	partiel. positif
Bordet-Wassermann	positif	partiel. positif	partiel. positif	positif	positif
Floculation Vernes				136	130

Sang

Tolu (Meinicke)								partiel. positif		partiel. positif
Bordet-Wassermann	positif		partiel. positif		positif			positif		positif
Floculation Vernes								7		
Traitement — K. I		93,75				123 gr.			24 gr.	
Traitement — Hg. I²		0,21				0,60			0,15	
Traitement — Hg. Cy		0,23								
Traitement — Hg. Salicyl				0,70		1,40				
Traitement — Sulfar		7,32								
Traitement — Stovar		10 gr.								
Traitement — Quinby		12 inj.		11 inj.		1 inj		6 inj.		

Paralytiques généraux avec état clinique stationnaire

A. Réactions biologiques normales

Observ. VIII. — Col. Joseph, 49 ans, entré le 29 déc. 1926. C'est un malade tabo-paralytique très avancé, gâteux, n'ayant pas bénéficié de la thérapeutique. Impaludation fin juillet 1928.

		24 déc. 1926	25 nov. 1928	11 mars 1929
Liquide céphalo-rachidien		—	—	—
Lymphocytes		10	7,3	2,8
Albumine		0,40	0,56	0,18
Globuline	Pandy	traces	négatif	négatif
	Weichbrodt	négatif	négatif	négatif
	Noguchi			négatif
	Nonne appelt			négatif
Benjoin		00000.12222.00000 T	10000.00000.00000 T	00000.00000.00000 T
Elixir parégorique		négatif	négatif	négatif
Tolu (Meinicke)				négatif
Bordet-Wassermann		négatif	négatif	négatif
Floculation Vernes				0
Sang				
Tolu (Meinicks)			négatif	négatif
Bordet-Wassermann		négatif	négatif	négatif
Floculation Vernes				0
Traitement	K. I	219 g.		
	Hg. I²	0,40		
	Hg. salicyl	0,50		1,60
	Sulfar	10g.02		7,86
	Quinby	12 inj.		

Ce malade est un vieux syphilitique dont les lésions nerveuses se sont cicatrisées peu à peu. Les réactions du B.-W. et des globulines étaient déjà négatives à l'entrée et se sont maintenues telles. Seule, la lymphocytose s'est progressivement atténuée pour arriver presque à la normale.

B. Réactions biologiques améliorées

Observ. IX. — Tour. Emmanuel, 38 ans, entré le 30 mai 1928. Syphilis contractée en 1907. A déjà été impaludé dans le service du Dr Crouzon en mai 1928.

Réimpaludé le 11 juin 1928 *sans traitement spécifique*. Ce malade n'a fait que 5 accès fébriles atteignant 2 fois 39°. La rate réagissait périodiquement par une augmentation de volume coïncidant avec une légère élévation de la température. Malgré le peu de réaction thermique, le sujet s'affaiblissait et se cachectisait rapidement. Au cours du paludisme vaccinal, on peut observer quelquefois une évolution latente apyrétique qui passe inaperçue si l'on n'a pas le soin d'examiner la rate journellement. Ces formes larvées et latentes se diagnostiquent par la recherche de l'hématozoaire dans le sang. Elles aboutissent finalement à la cachexie.

Liquide céphalo-rachidien	11 juin 1928 —	11 oct. 1928 —	5 fév. 1929 —
Lymphocytes	4	6	3,3
Albumine	0,40	0,40	0,30
Globulines Pandy		négatif	traces
Globulines Weichbrodt		négatif	négatif
Benjoin	22111.00000.00000 T	12220.00000.00000 T	02210.00000.00000 T
Elixir parégorique	négatif	négatif	négatif
Tolu (Meinicke)		positif	négatif
Bordet-Wassermann	positif	positif	positif
Floculation Vernes			0
Sang			
Tolu (Meinicke)		positif	partiel. positif
Bordet-Wassermann	positif	partiel. positif	positif
Floculation Vernes			0

Malgré l'absence du traitement spécifique et la forme apyrétique de la malaria, on observe chez ce malade une amélioration des réactions biologiques, portant uniquement sur l'élément inflammatoire qui s'éteint presque complètement. La lymphocytose a passé de 6 à 3,3, l'albuminose de 0,40 à 0,30. Les globulines restent absentes, le benjoin s'est peu modifié, l'élixir parégorique sans changement, le tolu devenu négatif, le B.-W. positif reste stationnaire. Le *sang* ne présente pas de modifications très nettes.

C. Réactions biologiques irréductibles

Observ. X. — At. Abraham, 52 ans, entré le 10 janv. 1929. Impaludé antérieurement le 16 août 1928 dans le service de la clinique où il a suivi un traitement au sulfarsénol de 0,06 à 0,60 en 2 mois à la dose totale de 6 gr. 42.

Liquide céphalo-rachidien	20 juill. 1928 —	12 déc. 1928 —	21 fév. 1929 —
Lymphocytes	10,2	8	11,1
Albumine	1,50	0,80	0,44
Globulines — Pandy	positif	positif	positif
Globulines — Weichbrodt			positif
Globulines — Nonne Appelt.			positif
Benjoin	22222.22222.00000 T	11222.11222.00000 T	22222.11110.00000 T
Elixir parégorique			positif
Tolu (Meinicke)			positif
Bordet-Wassermann	positif	positif	positif
Floculation Vernes			137
Sang			
Tolu (Meinicke)			positif
Bordet-Wassermann			positif
Floculation Vernes			25

Le sujet, traité par la malaria et par une cure intense de sulfarsénol, n'a présenté aucune amélioration ni clinique, ni sérologique. L'affection mentale semble évoluer sans arrêt.

Les études que nous avons faites, pendant une année, sur les réactions biologiques des P. G. traités nous amènent à quelques considérations.

Le comportement humoral du L. C.-R. et du sang a une importance de premier ordre. Il devra être pratiqué, avant tout traitement, pour se rendre compte de l'état des réactions et ensuite régulièrement, au cours de la cure, afin d'en suivre les résultats. Les tableaux ci-joints montrent fort bien comment les réactions évoluent sous l'action du traitement. Elles sont plus ou moins influencées par telle ou telle médication, le sujet pouvant tirer un profit différent selon le médicament spécifique employé. Elles peuvent même s'aggraver si le traitement est interrompu trop tôt. Il y a là une surveillance attentive à effectuer à l'aide du laboratoire.

On devra continuer la médication, non seulement jusqu'à la négativité de toutes les réactions, mais encore jusqu'à leur consolidation définitive. On ne doit espacer les examens que s'ils sont devenus négatifs d'une manière durable pendant plusieurs mois.

Un point intéressant à mettre en évidence est l'atténuation rapide des réactions du sang et du liquide peu de temps après la malariathérapie, que le tableau clinique de la P. G. se montre ou non amélioré. Cette atténuation porte sur l'élément inflammatoire du L. C.-R. par rétrocession de l'hyper-lymphocytose et de l'hyper-albuminose. Ce fait si évident dans nos observations est confirmé par tous les auteurs. Les réactions du B.-W., des globulines et du benjoin colloïdal dans le liquide, ainsi que le B.-W. du sang peuvent rétrocéder dans certains cas isolés mais reste, en général, sans modifications à cette période. C'est presque uniquement la lymphocytose et l'albuminose qui ont tendance à diminuer dès le début de la malariathérapie pour arriver très souvent à la normale. Quand on compare les résultats isolés du sang et du liquide avant et après le traitement, on constate qu'il n'y a pas de différences appréciables, selon que l'on se trouve en présence d'une rémission clinique complète ou incomplète.

Nous verrons plus tard, en traitant la question de la période tardive, que les réactions biologiques restées stationnaires peuvent s'améliorer progressivement plus tard, au cours des mois et des années, pour devenir finalement négatives ou presque négatives, même dans les cas où l'on n'a fait uniquement que la malariathérapie.

L'ordre de rétrocession des réactions biologiques peut se résumer ainsi. Dans le L. C.-R. : atténuation rapide de l'hyper-lymphocytose et de l'hyper-albuminose, résistance prolongée du B.-W., résistance encore plus grande des globulines, qui disparaissent plus tard que le B.-W., même si leur atténuation a commencé plus tôt. Avec la rétrocession de ces deux dernières réactions, se montre, dans presque tous les cas, la modification du benjoin. Il s'en suit généralement une transfor-

mation de la courbe dite paralytique de cette réaction en une courbe de syphilis cérébrale ou de syphilis latente qui persiste plus ou moins longtemps avant de faire place à la normale. En examinant les tableaux, on constate que la précipitation diminue progressivement dans les tubes de droite à gauche puis de gauche à droite, la précipitation du troisième tube restant la plus difficile à réduire.

Dans le *sang,* le B.-W. se comporte d'une manière très irrégulière, ainsi qu'on peut le constater. Cette réaction rétrocède généralement plus tôt dans le sang que dans le liquide. En cas de rechute, c'est le sang qui redevient d'abord positif.

Période tardive

Comment se comportent les réactions humorales longtemps après la malariathérapie ? Ne possédant pas encore une expérience suffisante pour solutionner la question, nous croyons utile de donner quelques détails tirés du livre si intéressant de J. Gerstmann (1).

Ces réactions ne sont nullement comparables. Dans la mesure de la stabilisation clinique, on voit souvent l'amélioration des réactions inflammatoires évoluer progressivement vers la guérison. L'intensité des phénomènes pathologiques (B.-W., globulines) restée stationnaire ou très légèrement diminuée, longtemps après l'impaludation, disparaît peu à peu pour arriver, en un à trois ans, dans un grand pourcentage des cas, à la normale .

Il n'en est pas toujours ainsi. On observe des cas où une rémission ininterrompue, pendant des années, avec capacité professionnelle remarquable s'accompagne de réactions humorales du sang et du L. C.-R. irréductibles, particulièrement en ce qui concerne les réactions de B.-W., de l'or colloïdal et des globulines. Gerstmann a vu un P. G. traité en 1918 avec rémission complète se maintenir 10 ans après, dans ce même état, sans stérilisation du liquide correspondante. Sur 34 cas

(1) J. Gerstmann. — *Le traitement de la P. G. par la malariathérapie.* Vienne, 1928.

de longue rémission parfaite existant depuis deux ans, HORN (1) a trouvé 24 cas avec amélioration du B.-W. dans le sang et dans le liquide. Dans 16 cas, parmi ces 34, examinés trois ans après la malariathérapie, 4 avaient une rémission complètement négative du sang et du liquide, 4 autres avaient une rémission presque complètement négative dans le liquide et complètement négative dans le sang et enfin 4 autres où le B.-W. était amélioré soit dans le sang, soit dans le liquide. Le reste des sujets montraient une aggravation des phénomènes sérologiques.

DATTNER, dans le service de Wagner Jauregg, a trouvé sur 70 malades impaludés, depuis plus de 4 ans, 32 cas en bonne rémission avec réactions complètement négatives et 19 cas avec réactions faiblement positives ; les autres étaient restés avec réaction complètement positive. Il est digne de remarque que, chez ces derniers, la récidive des symptômes paralytiques s'est montrée fréquente.

Le résultat des examens sérologiques du sang et du liquide céphalo-rachidien chez les P. G. traités par la malaria nous amène donc aux conclusions pronostiques suivantes, selon que l'on prend en considération la période récente ou la période tardive :

1° Dans la première période, il n'existe aucun parallélisme entre la clinique et les réactions humorales ; nulle valeur pronostique ne s'en dégage.

2° Dans la période tardive, le comportement sérologique, surtout en ce qui concerne le L. C.-R., a une certaine importance pour la durée de la rémission. Les réactions B.-W., globulines, or colloïdal s'améliorent le plus souvent progressivement pour devenir négatives ou presque négatives, au bout d'un grand nombre d'années. Il y a cependant des cas, où, malgré de longues rémissions cliniques, les modifications du sang et du liquide ont tendance à s'aggraver. Chez ces malades, quel que soit le haut degré de la rémission,

(1) HORN. — Contribution sérologique au traitement de la P. G. par la malariathérapie. *Jahrb. f. Psych. und Neurol.*, vol. 43, 1924.

une récidive est toujours à craindre. Seuls les sujets avec liquide redevenu normal ont toute chance d'être définitivement guéris.

Ces considérations nous imposent le devoir de surveiller soigneusement pendant quelques années le sang et le L. C.-R. des paralytiques généraux en rémission. Il est indispensable de pratiquer chez ces malades un examen sérologique une année après le traitement. Si le sang et le liquide sont positifs, une nouvelle impaludation devient indispensable. Celle-ci amène rapidement la rétrocession des réactions humorales.

Une amélioration sérologique ne peut jamais être considérée, à elle seule, comme l'indication suffisante d'une heureuse évolution de l'affection cérébrale. *La clinique reste indispensable, les deux observations doivent se compléter l'une par l'autre.* On voit l'affaiblissement ou la rétrocession des symptômes humoraux morbides n'être que temporaire chez les P. G. non améliorés cliniquement par la malariathérapie. La disparition des réactions sérologiques, survenue au cours d'une rémission, ne prouve pas l'extinction des processus pathologiques, pas plus que leur persistance n'est une preuve de récidive possible. Les méthodes biologiques ne sont pas encore suffisamment avancées pour que le laboratoire puisse nous indiquer dans quels cas se montrera ou non l'aggravation de la P. G. Il ne faut pas oublier que le L. C.-R., devenu négatif d'une manière durable pendant un certain laps de temps, peut redevenir positif avec tous les dangers d'une P. G. ultérieure. L'étude des réactions biologiques des malades traités, tout en ayant une extrême importance dans le cours des rémissions, aussi bien que dans la période de latence tardive de la syphilis, ne peut donc pas être considérée comme ayant une valeur absolue. Elle n'est l'indice ni d'une guérison certaine, ni d'une rechute infaillible.

La séance est levée à 18 h. 30.

Les Secrétaires des séances,

P. GUIRAUD, MINKOWSKI.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 18 mars 1923

Démence à marche rapide. Méningo-encéphalite hémorragique avec endo et péri-artérite, par MM. L. MARCHAND, P. SCHIFF et A. COURTOIS. — Un homme de 54 ans, après un ictus, présente pendant quelques jours l'aspect d'un paralytique général. Hyperalbuminose et lymphocytose rachidienne. Benjoin: 21121.22222.22211. Réactions de la syphilis négatives dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang. Un état démentiel avec hémiparésie droite discrète et aphasie progresse rapidement et s'accompagne de cachexie ; mort en un mois et demi. Les lésions encéphaliques sont celles d'une méningo-encéphalite diffuse, différent de celles de la paralysie générale par le caractère plus aigu des lésions inflammatoires méningées, par le processus à la fois péri et endartéritique, par les hémorragies capillaires, surtout abondantes dans les régions où domine l'encéphalite, par la présence de nodules infectieux formés d'éléments particuliers. Il s'agit d'une méningo-encéphalite de nature infectieuse encore inconnue.

Enervement hystérique et ostéoporose tabétique, par M. COURBON. — Présentation d'une pensionnaire de Nanterre, âgée de 44 ans, invalide depuis 7 ans par fracture spontanée des cuisses, qui fut internée récemment pour un accès psychopathique atypique, déterminé par l'action énervante du milieu hétéroclyte où elle est obligée de vivre. Physiquement, il s'agit d'un tabès fruste (ostéoporose, immobilité pupillaire, absence du réflexe achilléen gauche et du rotulien opposé, sans modification du liquide céphalo-rachidien). Mentalement, il s'est agi d'une réaction hystérique à l'émotion énervement.

Phénomènes d'automatisme ambulatoire et syndrome myotonique, par CHATAGNON, TRELLES et POUFFARY. — Les auteurs présentent un malade de 28 ans, chez lequel un syndrome myotonique des membres supérieurs (segment antibrachial) apparaît sur un fond mental où se manifestent des phénomènes d'automatisme ambulatoire épisodiques, avec amnésie transitoire, absences comitiales. Nombreux troubles endocriniens (génitaux-hypophysaires). Les auteurs, tout

en précisant l'intérêt clinique de ces troubles, insistent surtout sur l'importance médico-sociale de pareils cas.

A propos des lipodystrophies, par MM. CHATAGNON, POUFFARY et TRELLES. — Au sujet d'un cas d'adénolipomatose cervicale et abdominale en ceinture, s'accompagnant de troubles trophiques des membres inférieurs, les auteurs discutent la pathogénie admise des lipodystrophies. Ils voient dans l'intoxication éthylique une cause favorisante à ces manifestations.

Délire systématisé de persécution par interprétations. Tentative de suicide et automutilation. — Le sujet s'est amputé la main gauche sans manifester la moindre douleur. Sorti récemment de prison pour vols, il semble avoir agi sous l'influence d'idées de persécution par interprétation. Ce délire aurait commencé à la prison et l'automutilation a eu lieu le lendemain de sa libération. Il a voulu mourir pour échapper à ses persécuteurs. Les auteurs éliminent le diagnostic de mélancolie et concluent à un délire d'interprétation, avec réaction suicide, ce qui est exceptionnel.

L. MARCHAND.

VARIÉTÉS

PRÉFECTURE DE LA SEINE

Internat des asiles de la Seine. — Ce concours s'est ouvert à Paris, le 11 mars 1929.

JURY : MM. Leroy, Truelle, Ducosté, de Clérambault, Barbé, Mauclaire, Paisseau.

QUESTIONS SORTIES : 1° *Anatomie :* lobe occipital (restées dans l'urne : Axe gris, nerfs du cœur). — 2° *Pathologie :* Asystolie ; occlusion intestinale (restées dans l'urne : causes et symptômes des ictères ; gangrène pulmonaire. — Fracture du col de fémur ; cancer de l'utérus). — 3° *Question de garde :* conduite à tenir en présence d'un état convulsif (restées dans l'urne : hématémèses, rétention d'urine).

Ont été nommés :

Internes titulaires : 1. Casalis, 2. Borel, 3. Simon, 4. Kirico, 5. Humbert, 6. Mlle Bragnerac, 7. Couderc, 8. Mlle Deschamps, 9. Sivadon, 10. Coulondon.

Interne provisoire : Roubinovitch.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

M. le Docteur Paul ABELY, médecin-chef à l'Asile public d'aliénés de Prémontré (Aisne) est nommé médecin-chef de service du quartier d'aliénés annexé à l'hospice de Tours (Indre-et-Loire).

M. le Docteur PIGNEDE, médecin-chef du quartier d'hospice de Tours est nommé médecin-chef à l'Asile de Prémontré.

Un poste de médecin-chef de service est actuellement vacant à l'Asile Public Autonome d'aliénés d'Armentières (Nord), poste rétabli.

ATTENTATS CONTRE DES MÉDECINS D'ASILE

Le Docteur G. LAFAGE, médecin-chef de l'Asile d'aliénés de Braqueville (Haute-Garonne), a été récemment grièvement blessé par un de ses malades. Quelques jours auparavant, notre collègue Robert, médecin-directeur de l'Asile d'Auch, avait failli être victime d'un attentat analogue. Une persécutée, dont le père, non interné, partageait le délire, avait demandé à parler en particulier au Dr Robert. Introduite dans le bureau du médecin, elle lui tend un papier. Apercevant un geste suspect, le Dr Robert s'empare des poignets de la malade : elle tenait un revolver chargé que son père lui avait fait passer à sa précédente visite.

Le Dr Lafage vient de recevoir la médaille d'or de l'Assistance Publique. Nous le félicitons. C'est peu quand on songe aux risques auxquels sont quotidiennement exposés les médecins des Asiles, soit dans l'exercice, soit en dehors de leurs fonctions, de la part de malades, irresponsables, il est vrai, mais particulièrement dangereux. Le cas du Dr Salomon est encore dans notre mémoire.

INSTITUT DE PSYCHIATRIE ET DE PROPHYLAXIE MENTALE

L'Institut organise une série de Conférences en vue d'exposer les recherches des divers laboratoires et les résultats acquis dans l'application des sciences biologiques à la Psychiatrie.

Les Conférences auront lieu le mardi et le vendredi, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre Joffroy (Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, métro Glacière. Téléphone : Gobelins 57-46).

Les inscriptions sont gratuites ; elles sont reçues au Secré-

tariat de l'Institut (Hôpital Henri-Rousselle), 1, rue Cabanis, le matin, de 10 à 12 heures.

Avril. — Mardi 16 : Dr A. Courtois : Le liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales.

Vendredi 19 : Dr Barbé : Le traitement de la paralysie générale par le Stovarsol.

Mardi 23 : Dr Bourguignon : Le rôle de la chronaxie en psychiatrie.

Vendredi 26 : Dr Minkowski : La notion du temps en psychopathologie.

Mardi 30 : Prof. G. Dumas : L'expression de la douleur.

Mai. — Vendredi 3 : Dr P. Guiraud : Syndromes hépato-encéphaliques.

Mardi 7 : Dr R.-M. May : Les rapports du système nerveux avec les organes des sens et la théorie du neurotropisme.

Vendredi 10 : Dr Morel-Kahn : Les indications actuelles de l'électro-radiothérapie dans les troubles des glandes endocrines.

Mardi 14 : M. Gilbert Maire : Rôle de la biologie et de la psychologie expérimentale dans la philosophie contemporaine.

Vendredi 17 : Dr Tinel : Etude sur la circulation cérébrale. Rôle des troubles circulatoires dans les psychoses et psychonévroses.

Vendredi 24 : Dr Weismann-Netter : Essai de synthèse clinique et pathogénique des névroses à manifestations paroxystiques, périodiques ou apériodiques.

Mardi 28 : M. J.-André Thomas : Quelques notions biologiques actuelles sur la vieillesse.

Vendredi 31 : Dr Raymond Mallet : Obsession et délire.

Juin. — Vendredi 7 : Dr Vurpas : Psychoses et spiritisme.

Mardi 11 : Dr Georges Petit : Syndromes psycho-organiques à éclipses, au cours des formes frustes de névraxite épidémique.

Vendredi 14 : Dr E. Toulouse : Essai d'organisation rationnelle du travail scientifique à l'Institut de recherches de l'Hôpital psychiatrique Henri-Rousselle.

Le Directeur de l'Institut de Psychiatrie, Dr E. Toulouse. Vu et approuvé : *Le Directeur de la 3e Section de l'Ecole pratique des Hautes Etudes, membre de l'Institut,* L. Mangin. Vu et approuvé : *Le Ministre de l'Instuction Publique et des Beaux-Arts,* Pierre Marraud.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. Colin.

Cahors, Imprimerie Coueslant (*personnel intéressé*). — 38.065

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

SITUATION LÉGALE DES PARALYTIQUES TRAITÉS PAR LA « MALARIATHERAPIE »

Par M. le Dr Nerio ROJAS

Professeur Titulaire de Médecine légale (Buenos-Aires)

I. Les résultats

La question de la « malariathérapie » dans la paralysie générale progressive a cessé d'être un problème uniquement scientifique ou doctrinaire, et est devenue un problème pratique, par sa diffusion mondiale et la nécessité de résoudre la situation sociale et légale des individus ayant fait l'objet de résultats satisfaisants. Pour moi, qui, sans avoir été contraire, me suis montré sceptique au début, je me plais aujourd'hui, en présence de cas heureux observés pendant plusieurs années, à proclamer la nécessité de revoir quelques points doctrinaires et médico-légaux ayant trait à ces « rémissions » surprenantes et jamais constatées antérieurement.

Dans les premières publications, on remarque un ton

réservé, d'un optimisme contenu, mais dans ces dernières années la confiance est générale, exception faite de quelques voix autorisées sans doute, mais isolées. Alors qu'au commencement on envisageait seulement l'indication même de la malariothérapie, pour en accepter ensuite les avantages, aujourd'hui elle ne trouve plus guère de résistances et il ne s'agit plus de préciser le degré ou le caractère de son efficacité : amélioration, rémission complète, guérison. La nécessité de déterminer ce caractère implique évidemment l'étude d'un problème scientifique, — la nature de la maladie, — et exige immédiatement la solution dans un sens précis des cas médico-légaux de ces « guérisons pratiques » si complètes et durables.

Le problème légal a été abordé en Autriche, en Allemagne, spécialement en présence des résultats de Wagner. En Pologne, Flateau, Wizel et Prussak en ont fait autant. En France, le premier à aborder ce sujet est Antheaume, en 1925, époque qui justifie en partie le ton ambigu de son exposé. Claude, par contre, est catégoriquement optimiste dans ses derniers travaux, alors qu'il était réservé dans les premiers.

Les Tribunaux argentins se sont déjà trouvés en présence d'un cas : un paralytique général diagnostiqué par divers spécialistes français et de Buenos-Aires fut déclaré judiciairement incapable ; peu après, soumis à la malariothérapie, il jouit d'une rémission si franche, qu'en un nouveau jugement l'interdiction fut levée, car les experts — ce n'étaient pas des spécialistes — le trouvèrent psychiquement normal, bien que quelques réactions du liquide rachidien continuassent à être positives. Il y en a d'autres pareils.

Le problème est donc concret, fondamental et urgent au plus haut degré pour la médecine légale, qui réclame une opinion définie sur le caractère de ces « guérisons », car d'elle dépend la décision en matière d'imputabilité et de capacité civile. Si le clinicien ne doit pas hésiter à faire la malariathérapie, — car il doit l'indiquer aussi bien dans l'espoir d'une guérison que d'une amélioration, et son attitude pourra être expec-

tante en présence de l'une ou de l'autre, — par contre l'expert duquel on exige une opinion *concrète* sur un point *concret* dans un cas *concret,* doit avoir une doctrine claire sur ce sujet. Je crois que cela est possible, bien que la solution médico-légale ne soit pas toujours la même, puisque la malariathérapie n'est pas toujours efficace. Les cas heureux imposent une révision des concepts, car il ne faut pas être optimiste dans tous les cas.

Les résultats favorables demandent une nouvelle attitude : les statistiques mondiales de la malariathérapie dans la paralysie générale sont concordantes, ce qui est une donnée de plus, démontrant que les régressions sont dues au traitement. En 1925, les résultats dans la clinique de Wagner Von Jauregg étaient de 33 0/0 rémissions complètes sur 400 cas traités. Jorke et Macsic donnent 27 0/0 de rémissions complètes, dans 84 cas. Nonne, présente 30 0/0 de rémissions complètes, sur 450 cas. Mingazzini obtient 40,5 0/0 de rémissions. La statistique nord-américaine de Ferraro et Fong donne 31 0/0 de rémissions complètes, sur 120 malades. Le dernier travail de Claude (1927) donne, sur 143 cas, 58 résultats favorables, soit le 40,5 0/0 : 41 malades reprirent leurs occupations antérieures, soit 33,8 0/0 de l'ensemble des malades suivis pendant une longue période, ou 28 0/0 du total. Des statistiques antérieures avaient accusé : Veischbrodt, 50 0/0 de grande amélioration ; Weygandt et Kirshbaum, 17 améliorations notables sur 21 cas ; Weygandt (1925), 25 0/0 de rémissions avec retour au travail normal, sur 329 cas ; Gerstmann, 50 0/0 de résultats favorables sur 394 cas, et quelques-uns d'entre eux surveillés pendant cinq années (jusqu'à la publication, en 1923) ; Kirschbaum, en 1923, signale 50 0/0 d'améliorations remarquables sur 196 cas ; Jossmann et Steenasts annoncent 50 0/0 d'améliorations ; Schulze présente du 44 0/0 ; Plehn donne 33 0/0 de rémissions complètes. Wisel et Prussak de Varsovie, Piltz de Cracovie, Wimmer de Copenhague, Antheaume, Gross et Strauessler se sont montrés également partisans ou optimistes, et telle était

aussi l'opinion de l'immense majorité au dernier Congrès d'Aliénistes français, réuni à Anvers, à propos de la communication de Dujardin et Targowla, qui, tout en faisant quelques réserves, présentèrent 135 résultats favorables sur 240 cas traités. Le vote de cet important Congrès se prononça dans le sens d'un franc appui à la malariothérapie.

Malgré un certain pessimisme, les auteurs anglais Steel et Nicole se montrent partisans du traitement. Telle est aussi, sauf un petit nombre d'exceptions, l'opinion prédominante en Argentine et dans d'autres pays sud-américains, d'accord avec les travaux de Bosch et Mó, Mersbacher, Delgado, Pacheco e Silva, et d'autres. Dans une communication, que j'ai présentée avec mon collaborateur le Dr J.-C. Belbey, nous avons fait connaître notre expérience donnant un 30 0/0 de régressions cliniquement totales, avec retour aux occupations antérieures.

En présence de cette accumulation de faits impressionnants, il n'est point scientifique de maintenir le pessimisme inerme que la psychiatrie antérieure imposait en présence de tout paralytique. Je ne me propose pas d'examiner ici la façon de pratiquer la malariathérapie, sa technique, ses indications, ses dangers. En échange, je désire étudier les conséquences médico-légales que comporte ce traitement, car ces statistiques, et surtout les cas évidents de « guérisons pratiques », avec guérison clinique et retour à l'exercice de la profession antérieure, imposent la nécessité d'une révision des idées rigides et déjà classiques répandues sur cette question. Et c'est du reste un sujet qui a déjà été abordé par quelques-uns des auteurs mentionnés plus haut.

II. Criterium légal sur les guérisons

Du point de vue médico-légal, il n'importe point que les réussites se produisent dans la minorité des cas, attendu que, pour ce pourcentage, fût-il seulement de un pour cent, il faudra adopter une solution spéciale. Je considère que, si nous ne voulons pas payer un tri-

but à un préjugé, antiscientifique par définition, ces malades avec régression clinique complète et même humorale, et retour au travail antérieur, doivent être tenus pour guéris. Cela du moins, est ce qui doit être, à tous effets médico-légaux, c'est-à-dire, concrets et pratiques. Je suis arrivé à cette conviction, non seulement par la lecture de l'expérience d'autrui, avec des malades ainsi « guéris » pendant plusieurs années (Muhlens, sept ans ; Wagner, davantage encore ; Gross n'enregistre aucune rechute après trois années de rémission psychique et humorale) sinon par l'expérience sur divers de mes malades dont la régression clinique a été absolue, malgré un examen minutieux : l'un d'entre eux est ainsi depuis trois ans et travaille intensément comme artiste dessinateur et peintre ; un autre retravaille depuis deux ans comme graveur sur bois, sans aucune manifestation clinique, et une récente ponction lombaire n'a donné, comme unique signe anormal, que 0,50 gr. d'albumine.

Ces faits demandent des normes légales propres. Je crois que les cas défavorables et ceux des rémissions incomplètes post-malariathérapiques ne fournissent rien de nouveau sur le terrain de l'expertise, et à leur égard on doit rester fidèle au concept classique sur ce sujet : maladie incurable et progressive, malgré les améliorations temporaires ; état de démence, incapacité et irresponsabilité. Et même, j'estime que cette conduite doit être observée en présence des cas douteux, présentant une persistance de symptômes faibles et peu nombreux. Quant aux autres, ils doivent être considérés comme guéris, mais, pour en arriver à cette conclusion, il y a lieu d'exiger une observation attentive, perspicace et réitérée pendant une longue période, faite par un médecin spécialiste, et qui ne révèle aucun des symptômes psychico-paralytiques, car il est possible que se manifestent les symptômes constitutionnels antérieurs, — comme l'hyperémotivité dans un de mes cas, — ou les réactions d'un déséquilibré impulsif dans un cas de Wimmer. Sur ce point, le signe d'Argyll-Robertson n'a aucune valeur ; plus importante est la dysarthrie, qui

répond à la paralysie générale et non à la neurosyphilis. Le liquide céphalo-rachidien a une valeur secondaire et subordonnée aux symptômes psychiques : le diagnostic de paralysie ne doit pas être fait dans le laboratoire, pas même avec les réactions colloïdales. Mais le liquide, qui dans la malariothérapie ne suit pas une marche parallèle à la régression clinique, devient très souvent négatif de nombreux mois après sous un traitement spécifique. La guérison est dans ces cas complète et indiscutable (clinique et humorale) et l'expert ne peut pas hésiter à procéder comme dans d'autres cas de guérison. Mais son attitude doit être identique, même avec un liquide encore anormal de neurosyphilis, s'il y a absence *complète* et *prolongée* de tout symptôme mental et de dysarthrie, et surtout si le patient a repris son travail et sa vie habituelle.

La médecine légale ne peut pas maintenir des doctrines périmées devant la réalité des faits. L'existence de « guérisons pratiques » — rémissions cliniquement totales et retour au travail normal, — sont des faits indiscutables. Mais il y a en outre des constatations qui autorisent également à parler de guérisons effectives.

Au Congrès national de Médecine de 1926, en discutant cette question, je disais que la paralysie générale est une maladie formée par quatre éléments : psychique, neurologique, humoral et anatomique, et que pour affirmer sa « guérison », il fallait démontrer la régression de chacun d'entre eux. Si la régression totale des deux premiers était déjà une observation générale, et me rendait partisan de la malariathérapie, il manquait cependant le parallélisme ou la réalité correspondante dans les deux autres éléments. D'accord avec mon opinion d'alors, je crois aujourd'hui, — comme je l'ai exposé — que nous avons le droit de parler de guérisons, car la régression humorale et anatomique est également démontrée.

Claude a affirmé avec raison que « dans des cas choisis et bien traités, on peut compter sur 30 à 40 0/0 de guérisons, confirmées par des observations

de nombreuses années, contrôlées par des examens biologiques ». Wagner n'était donc pas un utopiste quand il disait que « la curabilité de la paralysie progressive est résolue en principe ».

III. La démence paralytique n'est pas toujours primitive

Je désire exprimer mon opinion doctrinale à l'appui de ce criterium médico-légal. Les arguments, invoqués par ceux qui résistent à accepter l'efficacité curative de la malariathérapie, proviennent surtout de deux dogmes psychiatriques. J'exclus, tout d'abord, celui des erreurs de diagnostic, affirmation ingénue que rien ne justifie appliquée à des spécialistes, et qui pourrait se retourner contre les adversaires, lorsqu'ils invoquent leurs cas de rémission spontanée. En outre, il n'est pas possible d'accepter une telle coïncidence de cas de syphilis cérébrale simulant la paralysie, comme le faisaient remarquer Wizel et Prussak.

Les deux affirmations sont l'une anatomique et l'autre nosologique. Par la première on dit que, étant données les lésions atrophiques cérébrales de la maladie, aucun traitement ne peut les faire disparaître. Par la seconde, on prétend que la paralysie générale étant une démence primitive, rien ne peut la guérir. Remarquons tout de suite que, si ces affirmations étaient justes, elles devraient également se présenter pour réfuter les rémissions spontanées, si impressionnantes et connues depuis longtemps, et inconciliables elles aussi avec l'atrophie cérébrale et avec la démence initiale : c'est que les deux affirmations sont erronées.

Le processus anatomique de la paralysie générale est progressif, c'est-à-dire évolutif, bien qu'en général on ne pense qu'à sa période finale, la mieux connue en raison de la plus grande fréquence des décès à ce moment. Mais, ainsi que l'a décrit parmi nous le professeur Christofredo Jakob, le processus a trois formes : 1° Encéphalite (processus à prédominance vasculaire plus ou moins aiguë, congestive, inflammatoire) ; 2° Encéphalose (dégénération à base de désintégration

cellulaire ; 3° Encéphalosclérose (atrophie cellulaire majeure, prolifération « névroglique », etc...). La distinction des deux genres de lésion est déjà classique, depuis les travaux de Nissl, qui distingua dans la paralysie générale les « processus inflammatoires » et les « dégénératifs ».

D'accord avec cette évolution anatomique, qui correspond à des périodes et à des formes cliniques du mal, il est parfaitement explicable qu'aucun traitement ne puisse être régressif à la fin de la deuxième période, et surtout au cours de la troisième. Par contre, une défense spontanée, ou celles que provoque le paludisme soigné, peuvent être capables de faire disparaître les lésions vasculaires et cellulaires premières, de type inflammatoire, qui se présentent au commencement de la maladie, ou en poussées par la suite, surtout si comme il semble, le spirochète se présente alors seulement dans les espaces périvasculaires, pour envahir dans les périodes ultérieures le parenchyme cortical. La régression serait possible de la même manière que se produit la guérison dans les cas de confusion mentale avec lésion aiguë et diffuse, grave, et dans laquelle cependant certains cas passent à la démence. Ceci sans compter les variations anatomiques dans la paralysie elle-même.

Ce qui précède n'est pas hypothétique. Les cerveaux avec lésions typiques chez les paralytiques malarisés sans succès ne démontrent rien, car sans autopsie ces lésions auraient pu être dénoncées. Il s'agit là de cas mauvais. Ce qui intéresse, c'est d'avoir des cerveaux de malades en franche régression clinique, et morts d'une cause étrangère. Nous n'en avons pas, mais nous avons vu cette année, — de même, je suppose, que mes collègues brésiliens, — les préparations histologiques de deux cas du professeur Jakob, de Hambourg, qui démontrent sans réplique possible la régression anatomique. Cela, comme l'on sait, n'avait pas été vu dans les rémissions spontanées (Alzheimer). En échange, les modifications histologiques post-malariennes, sont acceptées ou « constatées » par Schultze, Alzheimer,

Spielmeyer, Claude, Bumke. Certains pensent que le processus paralytique se transforme en luétique courant, accessible au traitement.

Comme on le voit, l'évolution anatomique et ces constatations histologiques font ressortir l'inconsistance de l'argument appuyé sur le caractère atrophique et par conséquent irréversible des deux secondes phases du processus cérébral. Ces faits sont en concordance avec la plus grande efficacité de la malariathérapie dans les formes congestives, avec agitation et délire, traitées plus tôt, tandis qu'elle donne moins de résultat dans les formes simples ou dépressives, qui vont à l'atrophie plus silencieusement.

Le second argument important s'appuie sur le genre « primitif » de la démence. Devant la constatation de rémissions si nettes, quelques partisans de la malariathérapie ont cru nécessaire d'accepter la curabilité de ces démences. Je crois que la solution doctrinaire est ailleurs.

La démence est toujours un état incurable et il n'y a pas de raison pour modifier ce concept classique. Il y a bien assez de la confusion provoquée par Kroepelin avec ses pourcentages de guérison dans la démence précoce, sujet si discuté.

En réalité, la révision qu'il faut faire, est celle de l'opinion sur les démences primitives. Je n'ai pas à la discuter dans toutes ses applications, qui ne répondent pas toujours à la réalité des faits cliniques. Mais pour ce qui a trait à la paralysie générale, je crois que nous sommes en présence d'une pétition de principes. Devant l'opinion dogmatique qu'elle est une démence primitive, on accepte que tous ses symptômes initiaux soient « démentiels », parce qu'il est de règle que le malade, dans la progression de son mal, accuse peu après un franc déficit psychique.

Avec ce raisonnement, il faudrait considérer comme déments primitifs les « confus » qui ne guérissent pas et vont à la démence sans transition. Dans quelques cas de paralysie générale, la mémoire se montre conservée au début, et nous affirmons la démence par l'euphorie

puérile, que quelques maniaques présentent également, et par la mobilité d'un délire plus ou moins fantastique, qui signifie, dit-on, l'affaiblissement démentiel du jugement. Des manifestations semblables se retrouvent sur d'autres malades, et naturellement chez tous les sujets imaginatifs délirants, et même chez les maniaques ; et par cette affirmation on oublie que tout aliéné a, par définition, un défaut de jugement, surtout le délirant systématisé, le moins dément des malades mentaux.

Je crois que la paralysie générale progressive n'est pas toujours une démence dès le commencement, qu'elle peut se présenter sous diverses formes, bien que la démence soit son évolution naturelle. Cette interprétation se concilie parfaitement avec ce que nous avons dit sur le processus anatomique de la maladie, et en est même une conséquence. Il me paraît plus simple d'accepter que les régressions se produisent chez des malades non encore déments, que d'accepter que la démence se guérisse. Le dogme de la démence primitive étant exclu, il est compréhensible que le paludisme puisse obtenir les résultats observés par l'expérience mondiale.

La théorie, que je soutiens, ne doit pas surprendre. D'abord, même les auteurs, qui affirment le caractère primitif de la démence dans la paralysie, relatent les cas d'augmentation initiale de la capacité intellectuelle, soit l'antithèse de la démence, phénomène que nous avons tous observé.

En réalité, ce fut Jules Falret qui imposa l'idée de la démence initiale comme trait caractéristique de la paralysie. Mais il y a des auteurs classiques et contemporains qui n'opinent pas de même. Je rappellerai Bayle, qui parlait de trois périodes, dont la troisième était la démentielle ; Baillarger, qui distinguait la « folie paralytique » de la « démence paralytique ». Parmi les plus modernes, je mentionnerai Gilbert Ballet (« l'affaiblissement au début à peine appréciable des facultés s'appellera ensuite démence ») ; Bumke (« la démence s'installe de façon lente »), qui mentionne la difficulté initiale du diagnostic, du fait que d'autres formes ne se

distinguent d'elle « ni cliniquement ni pathogéniquement, et n'en diffèrent que par l'évolution progressive dans la paralysie générale ») ; Dupré et Logre (« La démence dans la paralysie générale est précoce »). Je citerai notamment un travail de Claude, Targowla et Santenoise, qui, rappelant des faits personnels et d'autres cas rapportés, soutiennent qu' « on peut entrer dans la paralysie générale non seulement par la démence simple », exposent des formes variées d'initiation non démentielle, et affirment : « La paralysie générale nous apparaît comme une modalité anatomique primitive de neurosyphilis, qui se traduit tardivement, du point de vue clinique, par le syndrome démentiel caractéristique. »

Il y a donc de nombreux motifs pour admettre que la paralysie progressive n'est pas toujours une démence primitive, car le cadre initial correspond d'ordinaire à un accès maniaque, confusionnel, mélancolique, moment où la rémission spontanée est possible et même la guérison sous l'influence d'un traitement comme la malariathérapie.

IV. Normes pour l'expert

Les conséquences médico-légales imposées par ces faits sont énormes. Elles ne peuvent pas être discutées davantage avec l'argument des rémissions spontanées. Celles-ci n'ont rien à voir avec les succès curatifs de la malariathérapie, ni par leur fréquence, ni par leur degré, ni par leur durée, ni par leurs changements humoraux et anatomiques, qui dénoncent un processus distinct, avec des différences bien établies que je n'ai pas besoin de répéter ici.

Devant l'évidence des faits concordants, et avec l'appui des raisons scientifiques qui les expliquent, quelques cas heureux de guérison doivent être acceptés comme tels par la médecine judiciaire, puisque la situation légale des sujets a changé de façon fondamentale. Sur ce point, il y a deux questions à examiner : 1° existence de la guérison ; 2° solution légale dans le cas affirmatif. L'expert doit résoudre les deux questions, sachant maintenant que cette guérison est possible.

La première question doit être résolue dans la forme que j'ai exposé dans les pages antérieures : examen psychique, physique et humoral prolongé, fait par un spécialiste dans une clinique ou dans le milieu habituel, et mieux encore s'il y a retour au travail.

Une fois résolu ce point surtout clinique, l'application médico-légale est plus simple dans les cas concrets qui se réfèrent à l'imputabilité, la capacité civile, le mariage, le droit de tester, de témoigner, etc...

En affaires pénales, la difficulté provient de ce qu'il y a à préciser l'état du délinquant au moment du fait, c'est-à-dire faire un diagnostic rétrospectif. Mais par l'état actuel, le temps écoulé, la forme du délit et d'autres antécédents, l'expert peut parfois accepter la guérison, auquel cas, l'irresponsabilité est inacceptable. Ce serait, par exemple, le cas d'un « malarisé » avec succès, considéré comme n'ayant plus besoin de soins, qui travaille normalement, et, un certain temps après, commet un délit sans caractère pathologique et ne présente pas à l'examen de symptôme de rechute dans la paralysie générale. De tels cas ont déjà été observés et la responsabilité pénale est là applicable. Mais telle ne doit pas être la conclusion si l'expert retrouve quelques symptômes, bien que le délit ne semble pas pathologique, et bien que le malade ait travaillé, surtout si l'examen a lieu peu après le fait, car de petits dérangements antérieurs auraient pu passer inaperçus.

En matière civile, la guérison implique la capacité complète, et dans ce cas l'interdiction ne doit pas être prononcée, et si elle l'a été antérieurement, elle doit être rapportée. Mais comme dans ces affaires civiles, ce n'est pas tant le passé qui intéresse que l'évolution ultérieure, l'expert a une ressource : soumettre le sujet à une observation prolongée. Si cet examen est négatif, une année d' « état de guérison » (on pourra comprendre dans ce délai la durée de l'examen et celle des antécédents dûment vérifiés) donnerait le droit de reconnaître la capacité de l'ex-aliéné. Si la période est de plus d'une année, la conclusion sera encore plus justifiée ; mais s'il ne s'agit que de deux ou trois mois, l'expert doit atten-

dre. Dans le cas de doute, si le diagnostic antérieur de paralysie générale est certain, il est préférable de se prononcer pour l'incapacité. Dans certains cas, la solution peut être la semi-interdiction dans les pays où elle existe, comme la France, l'Italie, etc... mais non en Argentine. A Paris, il y aurait une solution provisoire dans le procédé, accepté par la jurisprudence, qui consiste dans la nomination d'un administrateur des biens, désigné par un président de tribunal.

En ce qui concerne le mariage et le testament, tout se réduirait à démontrer la guérison au moment de l'acte. L' « intervalle lucide », qui donne la validité à un testament, doit être en état équivalent à la guérison, comme je l'ai démontré dans un travail antérieur. Pour résoudre le problème de cette guérison, c'est-à-dire la santé mentale au moment de se marier ou de tester, l'expert suivra les mêmes directives que j'ai conseillées pour le jugement pénal.

Dans les cas de témoignages de paralytiques généraux malarisés, il y a lieu de vérifier deux états : celui du moment des faits examinés, et celui de la déclaration. Si la guérison comprend les deux périodes, l'attestation peut être valable. Les normes qui ont été exposées pourront servir à résoudre d'autres situations civiles, comme la discussion de la validité d'un acte, d'une obligation, etc...

Comme on le voit, la malariathérapie a provoqué une véritable révolution dans la situation médicale, sociale, économique et légale des malheureux frappés de paralysie générale.

LETTRES DE DEUX PRÊTRES HOMOSEXUELS.

Guérison après fièvre typhoïde.

Homosexualité et traumatisme.

par le Dr WITRY (Metz)

Les neuro-sexologues ont aujourd'hui une littérature énorme et internationale sur l'homo-sexualité. Pour juger impartialement les homo-sexuels et les aider efficacement dans la vie, il faut une très longue clientèle homo-sexuelle, il faut avoir gagné la confiance illimitée de ces clients et être hétéro-sexuel. Je publie ici deux lettres de prêtres homo-sexuels ; ils sont tous deux morts ; leurs lettres parlent la langue homo-sexuelle d'hommes croyants et pratiquants. La traduction se conforme rigoureusement au texte des lettres.

*Amérique, le 9 nov. 19**.*

Monsieur Witry,

Permettez, que je vous consulte dans une affaire, qui est pour moi de la plus haute importance. Quoique je n'aie pas l'honneur de vous connaître personnellement, j'ai quand même une grande confiance en vous. Il y a quelques années, j'ai lu, si je me souviens bien, des articles de vous dans le « Pastor Bonus ». J'ai vu dans un autre journal que vous êtes neurologue.

Je voudrais avoir maintenant votre avis sur moi-même. Je suis prêtre catholique, j'ai 35 ans. Il y a environ deux ans j'ai été condamné à X... pour attouchement des parties génitales de personnes masculines et rien que masculines, à la peine de la prison. Aujourd'hui, je crois pouvoir dire que je n'ai pas mérité cette punition. Autant que je puisse en juger

comme laïque, je crois pouvoir être sûr que j'ai souffert d'une neurasthénie sexuelle. Dans les pages suivantes je veux vous donner une image aussi véridique que possible de mon état de santé passé et actuel pour avoir votre jugement et votre avis.

Mes premières fautes datent de 19** et se suivent année par année jusqu'en 19**. Il m'est impossible d'exprimer en paroles ce que j'ai souffert, ce que j'ai lutté dans ce temps. J'avais toujours dans mon esprit des images d'organes sexuels masculins, je peux le dire sans exagérer, jour et nuit. Quand je lisais la sainte messe et prenais le calice en mains, j'avais la sensation de tenir autre chose en mains. — Vous devinez quoi. Quand j'étais dans le confessional et entendais des pénitents mâles, j'étais torturé par ces images et ces excitations, qui se déroulaient devant moi. A la fin, j'aurais attaqué des hommes dans la rue, si la catastrophe n'était pas venue.

Le procureur intervint, et je me sauvais. Je voyais venir la catastrophe et j'étais soulagé quand elle arriva.

En ce temps-là j'aurais pu être en société continue de femmes sans sentir la moindre excitation sexuelle ni la moindre pensée sexuelle, tandis que la seule vue d'un garçon ou d'un homme même âgé me jetait hors de moi. Voilà mon état d'âme pendant cinq longues années. Que pensai-je alors de mon état ? Je me jugeais moi-même, comme l'aurait fait tout autre prêtre moyen: je regardais tout cela comme des tentations, comme une sensualité outrée, et quand mes fautes se multipliaient, je pensais que j'étais l'homme le plus abject de ce monde. Je m'accusais tous les jours de mes bassesses et me disais que ma situation et ma mission m'ordonnaient de soigner et de cultiver la chasteté et la morale du peuple. Naturellement, j'allais me confesser très souvent, je faisais des confessions générales l'une après l'autre, et devais entendre les remontrances les plus sérieuses de mon confesseur ; j'avais les meilleures intentions, mais le premier homme que je rencontrais après la confession culbutait tout. Je me souviens très exactement que je donnais quelquefois à entendre à mon confesseur que je devais probablement

souffrir de nervosisme, parce que mes fautes fréquentes s'amassaient : mais il ne vint pas au-devant de moi et je dus entendre pour la centième fois que c'étaient des tentations et une inclinaison formidable à l'impudicité, que je devais combattre par la prière, le travail, la vigilance et l'abstention de toutes les boissons alcooliques. Quant aux boissons, je peux dire que je suis jusqu'aujourd'hui abstinent total. Je suivais ces conseils amicaux, mais mon état restait le même et s'empirait avec le temps. La seule chose raisonnable que j'aurais dû faire : me confesser à un médecin expérimenté et sérieux. Je ne le faisais pas alors par honte et ignorance. Je lui cachais du moins mon état d'âme. Ma santé physique n'était pas bonne pendant ces années. Je souffrais d'une pression continue et lourde à la tête, j'avais presque tous les jours d'autres céphalées, j'avais des crises d'angoisses inexplicables, qui vinrent souvent pendant les repas et me chassaient très souvent hors de la maison. La nuit, je poussais souvent des cris d'angoisses si hauts que ma sœur en était terrifiée. J'étais tenté de me jeter dans le fleuve.

Un jour, je racontais au docteur X. ma fatigue et mon épuisement continus, mon incapacité de travaux intellectuels, les serrements de ma tête ; je lui disais que je croyais quelquefois devoir perdre la tête. Il disait en riant, c'était dans la rue, devant l'église de X. : Vous êtes un grand neurasthénique. Comme je ne l'avais rencontré que par hasard dans la rue, sans le consulter comme médecin, je riais de cette remarque. Aujourd'hui je regrette de ne pas avoir fait plus attention à elle.

Pendant plusieurs années je prenais pour mes céphalées de l'antipyrine, ensuite, sur les conseils du pharmacien X., de l'anticamine, enfin de l'aspirine 1 gr. Je prends encore actuellement de l'aspirine pour mes serrements de tête et mes céphalées. Le docteur X. me prescrivit une fois la phénacétine, que je ne prenais jamais. Mes nuits n'étaient pas bonnes. Je rêvais et la plupart du temps ces rêves s'occupaient de parties génitales masculines. Dans ces souffrances et ces luttes vint l'an 19** qui m'apporta la fin. Cela devait venir.

Mais vous verrez comment j'étais devenu un esclave de mon malheureux penchant, par ce qui suit. J'étais en fuite devant la justice, dans une ville étrangère ; je m'étais confessé sans ambages ; sous les plus puissantes influences externes et internes je me repentis profondément et sincèrement de mes fautes ; j'espérais qu'au moins pendant ma fuite je n'aurais pas d'autre pensée que celle de ma sécurité ; j'allai directement de l'église à la gare. J'étais dans mon compartiment seul avec un jeune homme. Et la tentation et mes tourments étaient si grands dans ces heures que je mettais plus d'une fois la main au loquet pour me jeter dehors, en cas que je ne restais pas maître de moi-même et tentais de me précipiter sur le jeune homme. Il me quittait heureusement après quelques heures, et j'étais seul. Je me confessai alors de nouveau dans une ville anglaise, parce que je croyais avoir péché par pensées et désirs. J'avais à lutter dans les mêmes combats sur le bâteau qui me conduisait en Amérique. Je fis pendant le voyage la connaissance d'un jeune Suédois, mais j'étais décidé de me jeter plutôt dans la mer que de me compromettre. J'avais donc à combattre même pendant ma fuite, et c'était ainsi pendant cinq longues années. Il est évident que personne qui ne dispose d'une volonté, d'une énergie très fortes ne peut supporter cela à la longue, mais le mal de mer m'aidait sur le bateau. Je descendis en Amérique et entrai au Grand Séminaire pour apprendre l'anglais. J'y étais tous les jours ensemble avec environ deux cents jeunes gens. Mes difficultés n'étaient pas des moindres, mais après trois semaines de dures luttes il me vint un allié indésirable mais puissant : je tombais malade, malade des nerfs, on m'hopitalisait. Les médecins disaient : fièvre typhoïde. Après ma guérison, je me sentais un tout autre homme. Mes difficultés sexuelles avaient presque complètement disparu. Jusqu'aujourd'hui, je peux me contrôler moi-même ; je peux fréquenter des hommes sans traverser ces tentations sexuelles si vives. Mais cela n'a pas disparu complètement.

Pendant le courant d'été, j'ai dû même consulter le

médecin pour des angoisses et cris nocturnes. Pendant cet été je sentais aussi comment cette impulsion, je dirais presque cette sombre obsession, vers les mâles me regagnait.

Pendant le carême j'avais travaillé au-dessus de mes forces ; j'avais jeûné très sévèrement, prêché infatigablement, confessé des pénitents en masse. Ce surmenage a provoqué, je crois, tous ces symptômes.

Je voudrais vous communiquer encore deux faits, que je n'ai jusqu'ici communiqués à personne, mais qui peuvent peut-être projeter une vive lumière sur ma vie morale. Dans ma toute première jeunesse, autant que mes souvenirs s'étendent en arrière et longtemps, longtemps avant l'éclosion de toute vie sexuelle et du moindre instinct sexuel, je voyais, quand j'étais dans le lit dans la chambre obscure, dans mon esprit, des fantômes d'hommes, dont les parties génitales étaient démesurément développées et qui me faisaient souvent peur pendant toute la nuit. Ces images se présentaient, dès que je fermais les yeux. Je ne pouvais pas m'en débarrasser. Je puis me les rappeler encore très nettement aujourd'hui et je les vois encore à présent se mouvoir en farandole dans leurs chemises devant moi : j'observais spécialement avec le plus grand intérêt les bras des chemises et les organes sexuels. Un autre fait est le suivant. Encore aujourd'hui, quand je vois des hommes en bras de chemise, je suis très excité. Je ne puis pas supporter la vue de manchettes et l'ouverture de bras de chemise chez des hommes. Je sais très bien que c'est ridicule et insensé, mais, aujourd'hui où j'ai 35 ans, je combats et j'ai combattu énergiquement ce ridicule et quand même il m'obsède toujours un peu.

Je crois que je ne pourrais jamais me montrer devant quelqu'un en bras de chemise. Je sens que je ne trouverai pas les mots pour vous décrire l'impression de ces deux faits sur moi ni l'influence exercée sur moi par ces faits. Ces images et ces antipathies viennent contre ma volonté, s'emparent de moi, reviennent toujours, comme par exemple la goutte d'huile revient toujours à la surface de l'eau.

Comment est ma vie religieuse ? Je puis dire, sans exagération, que je suis une nature profondément religieuse. Non pas que je n'ai jamais eu des difficultés et des doutes quant aux vérités de la religion. Je pense que tout esprit un peu actif aura à traverser et à vaincre cette période religieuse. Je connais très bien les objections contre certaines vérités et dogmes de notre foi et je suis croyant en pleine connaissance et avec une conviction entière. Je vais ajouter tout de suite que des hommes, dont je jugeais la force intellectuelle supérieure à la mienne, exerçaient une grande influence sur mon âme, mes pensées et mes jugements ; quand je rencontrais des difficultés dans des choses de la foi qui m'étaient insurmontables, je me soumettais volontiers et entièrement à leur avis dès qu'ils étaient en accord avec la foi. Et tout ce que j'ai énoncé dans mes sermons et dans mes autres fonctions sacerdotales, je le revendiquerai entièrement pour moi jusqu'aux dernières conséquences. J'offre donc l'aspect d'un homme profondément croyant, attaché de tout son cœur à sa vocation et qui cause tout de même un grand scandale. C'est pour moi un phénomène que je ne peux pas m'expliquer. Mais il me semble que le médecin et l'aliéniste pourront me donner une réponse à cette question. Il me semble que dans mon cas maladif, des troubles nerveux m'ont emporté, ont enrayé la liberté de mes actes. Comment ces troubles se sont-ils développés ?

Peut-être qu'il y a une prédisposition naturelle en moi. Je suis né le dernier de 9 enfants. Mon père et ma mère avaient chacun 45 ans du temps de ma naissance. Dix ans après ma mère mourut d'une phtisie ; mon père mourut à 72 ans d'une hydropisie.

Enfant, j'étais malingre et délicat, je ne me sentais pas vigoureux et bien portant. Je pouvais lire et étudier des heures entières. Pendant mes années de lycée, quand le temps des examens approchait, je me levais le matin vers 3 ou 4 heures pour étudier. Je n'ai jamais fait des travaux corporels ; les vacances étaient vouées à la lecture. J'avais 11 ans quand un garçon plus âgé m'initiait dans les mystères de la vie sexuelle.

A 12 ans je me vouai de temps en temps à la masturbation ; je délaissai l'onanie pendant quelques ans pour recommencer en Quatrième et Troisième, en général 2 ou 3 fois par semaine. Les années 18**-**, etc. étaient libres d'onanie, mais tout de même cela arrivait quelquefois dans le sommeil ou le mi-sommeil contre ma volonté.

Les examens passés j'étais décidé de devenir prêtre. J'entrai au Grand Séminaire. Je me surmenais souvent dans mes études ; je me sentais alors courbaturé et je ne pouvais presque continuer. Après 5 ans, je fus consacré prêtre. Je fus nommé vicaire à X., un poste demandant beaucoup de travail. J'avais à donner l'enseignement religieux (8 heures par semaine) dans des classes surchargées. Une classe seule comptait, par exemple, 80 élèves. J'avais déjà assez de travail pour maintenir la discipline. Quand je rentrai, après une pareille heure à la maison, j'étais tellement fatigué que j'étais inapte pour tout autre travail. La deuxième année m'apportait 12 heures d'instruction par semaine sans compter les visites aux malades, les sermons, les confessions, etc. J'étais alors déjà tellement excité que je criais tout haut dans le sommeil, que je sursautais dans mon lit, croyant entendre la sonnette de nuit.

Pendant ce temps-là, les premières tentations survinrent, mais elles étaient faibles. Et je n'ai commis aucune faute en quoi que ce soit à X. En 19** je fus nommé premier vicaire à X., où j'avais 8 ou 10 heures d'enseignement religieux par semaine. Le reste du travail, surtout la confession, me devenait un lourd fardeau. Alors éclatèrent ces états, que je vous ai dépeints au commencement de cette lettre. Vers ce temps-là, je ne peux pas très bien me rappeler la date, les journaux étaient pleins de longs articles sur l'affaire du Prince Eulenbourg à Berlin ; d'autres scandales pareils éclatèrent dans mon voisinage. Dans l'état où j'étais, je ne pouvais pas me garer de l'influence sombre exercée sur moi par ces histoires. Et à la longue je ne pouvais pas résister ; ma volonté, mon énergie sombrèrent dans ces luttes.

Comment eus-je l'intuition que mon état avait été

maladif ? Lorsqu'après ma guérison, je quittai l'hôpital, il y a deux ans et demi, je dus me charger tout de suite de l'instruction des garçons. Je ne le fis pas sans appréhension. Mais quelle ne fut ma surprise, quand je constatai en moi la plus grande facilité et aisance. Pas de traces de mes tentations antérieures. Seulement au printemps et en été j'eus quelques légères attaques. J'allais directement voir le médecin, suivais ses prescriptions et fus bientôt remis.

Quoi de plus naturel pour moi alors que de penser que des troubles nerveux, suites peut-être de surmenage, avaient réveillé en moi la disposition innée ?

Je ne suis que laïque dans ces questions, mais il est clair que ces questions sont de la plus haute importance pour moi. Après mûre réflexion, je me suis décidé de me confier à vous et de demander votre avis dans mon cas. J'ai essayé de vous donner dans ces pages une image véridique de ma vie ; j'ai ouvert le plus profond de mon âme à vous. Malgré toutes vos occupations, j'espère que peut-être ma passion éveillera l'intérêt du savant et du médecin et peut-être aussi la compassion de l'homme. Je vous prie donc instamment de m'envoyer une expertise médicale concernant les points suivants :

a) Dans mon cas spécial : Suis-je responsable ou non de mes fautes ?

b) Est-ce que des tares héréditaires, la neurasthénie sexuelle, peuvent être constatées exactement par la science ? Quels sont les spécialistes et autorités médicales pour ces questions en Europe ?

Quel que soit votre jugement, il m'apportera une grande consolation et je l'attends avec la plus grande impatience.

Veuillez m'envoyer la note de vos honoraires pour cette consultation et pour votre expertise médicale.

Veuillez, etc.

X.

Voilà un bulletin médical, une autographie homosexuelle franche, claire, nette, d'un homme instruit,

logique, intelligent, allant droit à son but : la réhabilitation devant la justice de son pays. J'ai déféré à son désir. Je lui ai envoyé la liste des spécialistes latins et allemands de l'homo-sexualité. J'ai fait une enquête personnelle. Il a eu de moi un rapport médical très explicite, très serré dans les conclusions. Mon avis sur sa responsabilité ne lui plaisait pas. Je l'invitais de venir me voir dans quelques années pour un examen médical. Il ne consentit pas. Un avocat enleva la révision. Un chirurgien de grande valeur, ami de son vieil évêque impulsif et sclérotique, fut cité comme expert.

Les expertises de deux spécialistes pour l'homo-sexualité, un Français, mort au champ d'honneur, et un Allemand de grande envergure et la mienne furent rejetées. Le client américain fut débouté par ses nouveaux juges, sa peine antérieure fut confirmée.

Vint la guerre que je faisais comme engagé volontaire dans l'armée française. Je rentrai après l'armistice à Metz.

En 1923, mon curé américain vint en Europe et se présentait dans mon cabinet. Il était dans la force de l'âge, figure ouverte et droite, musclé et rablé, énergique, égoïste, stabilisé, allant droit au but, bref dans ses paroles, croyant comme un enfant américain.

L'exploration physique ne révélait rien d'anormal. Il connaissait son homo-sexualité par les livres et lettres reçus de moi et par le confessionnal en Amérique. Il circulait tranquillement comme citoyen américain. Il est mort en 1925 d'une double pneumonie.

Sa lettre et mon exploration psychique le désignaient comme un pur homo-sexuel actif. Pas d'épilepsie dans la famille. Ce que le malade ne sait pas, c'est que mon enquête personnelle m'a révélé que le père était un bi-sexuel.

Le plus intéressant dans cette évolution sexuelle c'est la guérison de cette inversion innée par la fièvre typhoïde. Dans toutes ses lettres d'avant et d'après-guerre, l'abbé X. me confirme cette guérison. Il aime les jolies femmes dans la vie et dans l'art. Il me le confirme dans mon cabinet médical à Metz, posément

et tranquillement. Je n'ai pas à douter de sa parole de gentleman, et un de mes amis, qui est missionnaire dans la même ville que lui et ne sait rien de sa vie sexuelle, m'a écrit que c'était le modèle d'un prêtre par son activité, par son autorité, son énergie, son austérité, sa bonté, et sa vie immaculée.

Nous ne trouvons trace de guérison d'invertis et d'inverties sexuels dans la littérature homo-sexuelle mondiale. En 1921, j'étais à Berlin à un congrès international traitant des troubles sexuels.

J'allai voir dans cette ville un confrère de Moscou d'une haute culture et d'une science étendue.

Comme je lui contai ce cas de guérison par la typhoïde, il me dit qu'il avait commencé à soigner ses homo-sexuels par un hémo-sérum.

Actuellement, je poursuis avec lui ces recherches avec des sérums modifiés. Nous ne pourrons pas encore nous prononcer définitivement sur les résultats obtenus.

J'intercalerai ici une autre observation d'une homosexualité survenue à la suite d'un traumatisme crânien.

X. de X., officier français, 30 ans, vint avant la guerre tous les dimanches matin de sa garnison très éloignée de Metz, allait se promener, se logeait dans un hôtel luxueux, accostait un de ces grands et forts soldats de l'artillerie lourde, le prenait avec lui à l'hôtel. Là, ils se déshabillaient tous deux. M. de X. était l'inverti passif, le soldat était l'actif dans cet amour. Le premier acte passé, M. de X. fit encore le cunnilingus avec le soldat.

Plus il était sale de corps, plus il plaisait à M. de X. Les soldats reçurent chaque fois 40 marks. Les voyages réguliers de M. de X. furent naturellement remarqués très vite par les commissaires des frontières et la Sûreté de Metz. Les soldats se félicitaient de la bonne aubaine. Le propriétaire de l'hôtel fit surveiller son client, pratiqua une petite ouverture invisible dans la porte, avertit à la 6e fois des rendez-vous le commissaire de police, et M. de X. fut mis en cellule. Il niait, quoique ses actes fussent évidents. Le procureur s'occupait de l'instruction. La famille de X. lui choisit un

avocat éminent du barreau de Metz, qui me confiait l'expertise médico-sexuelle de M. de X. Les soldats comparurent devant le conseil de guerre. M. de X. fut accusé d'actes immoraux, d'après le célèbre paragraphe 175 allemand. Je suis allé le voir dans la prison, après étude de son dossier.

M. de X. niait tout, tout. Je l'ai examiné pendant des semaines. Je ne trouvai rien d'anormal ni physiquement, ni psychiquement.

C'était un jeune homme d'une santé de fer, d'une rare intelligence, d'une vaste culture. Impossible de savoir quelque chose du passé. Il ne demandait qu'à sortir de prison, réintégrer son régiment, « parce qu'il n'avait rien fait ». Je vis son frère, je suis allé voir le colonel de son régiment. J'appris ce qui suit : X. de X. est le quatrième enfant d'une famille de très vieille noblesse. Une de ses sœurs est une hystérique, sans enfants, divorcée. La seconde est mariée, 6 enfants ne présentant pas de névropathies. Le frère, 34 ans, est ingénieur, célibataire, sexualité normale, d'après ses propres dires. Le père est mort à 65 ans d'une congestion cérébrale. La mère a 63 ans, femme du monde et femme de tête. J'ai exploré avec la mère et les trois autres enfants, toute l'ascendance. On n'a rien trouvé en fait d'homo-sexualité ni de bi-sexualité.

Quant au dernier enfant, M. de X., officier, la mère et son frère me racontèrent sa vie : Né à terme, il marchait à 11 mois, eut la rougeole et la scarlatine, avait des précepteurs qui le préparaient pour le lycée où il fit de brillantes études, passait ses deux baccalauréats et entrait à Saumur, sortit un des premiers de sa promotion et fut versé dans son régiment. Le frère et les sœurs n'avaient jamais constaté quelque chose d'anormal dans sa vie sexuelle.

Ils croyaient savoir que ses premières amours dataient de sa 15e année : initiation sexuelle normale par une gouvernante des sœurs. La liaison durait 4 ans. A Saumur et au régiment, ce fut une noce effrénée avec une foule de dames et de filles. Pas d'alcoolisme, pas de maladies vénériennes. M. de X. se fiançait à 27 ans avec une charmante jeune fille d'une vieille noblesse, très bien portante et riche.

Ils étaient heureux tous deux avec les deux familles. Quatre semaines après ses fiançailles, M. de X. fit pendant une course de chevaux sur un hippodrome connu une terrible chute. Il y eut une fracture de la base du crâne, perte de connaissance, vomissements, pertes de sang par les deux oreilles. Grâce aux soins dévoués des médecins, de sa fiancée et grâce aussi à sa constitution robuste, M. de X. put sortir guéri de l'hôpital X. et changea de garnison.

Ses visites à sa famille et à sa fiancée se firent de plus en plus rares et un beau jour il écrivait dans une lettre à sa fiancée et à sa mère qu'il rendait la liberté à sa fiancée.

J'ai vu la lettre. Elle était courte, très correcte et très polie. Je l'ai montrée (celle adressée à sa mère) à M. de X. dans sa cellule à Metz. Il reconnut tranquillement et poliment l'avoir écrite, mais ne donnait pas de raisons. Sur ma demande, je fus reçu par le colonel de son régiment.

Je lui expliquai la situation critique de M. de X., mes entretiens avec le procureur de Metz, un Alsacien, homme très correct, très intelligent, très enclin à trouver si possible une solution à cette impasse sexuelle. Le colonel me communiqua des notes sur son officier : Garçon intelligent, promettant beaucoup, brillant officier, aimant les femmes comme tous les jeunes gens. Fiancé très amoureux et très correct. Après la chute, après la sortie de l'hôpital, après le congé de convalescence, rentré au régiment, M. de X. est un homme changé. Toujours brillant officier, tête intelligente, bon camarade, adoré par ses hommes, M. de X. est après un certain temps l'objet de vagues rumeurs.

On raconte qu'on le rencontre en civil aux abords des pissoirs où il accoste des adolescents d'un acabit spécial. Le colonel le fait surveiller. Il n'y a pas à douter : M. de X. est un inverti sexuel. Il n'a jamais été un bi-sexuel ; il est devenu, après le traumatisme crânien, de l'encéphale, un homo-sexuel, entier, conscient.

Un journaliste d'une feuille antimilitariste écrit au colonel que ses partisans connaissent la vie invertie

sexuelle de son officier et l'engagent à lui donner un long congé. Le colonel tient tête aux maître-chanteurs, mais l'envoie tout de même dans la famille d'une de ses sœurs. Alors commencent les voyages de M. de X. à Metz, ses cohabitations à l'hôtel et à sa sixième randonnée son emprisonnement.

Le colonel n'a jamais vu quelque notice disant que M. de X. ait agi en quoi que ce soit d'une façon inconsciente, dans un état de responsabilité incomplète ou atténuée, ou dans un état d'obnubilité. Il a regardé M. de X. comme un homme d'un jugement calme, froid et sûr, caractère droit, énergie rare, santé de fer, très sobre — à part ce changement subit de sa vie sexuelle, après la chute.

Je retournai avec ces données à la prison de Metz. M. de X. niait tranquillement et poliment tout. Son avocat se fâchait. Enfin, je demandai à M. X. : « Veuillez me répondre sur votre parole d'officier, que vous n'avez pas commis ces actes à l'hôtel. » Il me regardait et ne répondit rien. J'allais voir le procureur et lui exposais mes démarches auprès de la famille de X. et auprès du colonel. Nous tombâmes d'accord de chercher une solution élégante et philosophique : Un capitaine allemand était détenu dans la prison de Nancy pour le même délit. On échangerait les deux officiers contre dix mille francs de caution. La famille de X. et la femme du capitaine allemand étaient d'accord. L'avocat de M. de X. se chargeait de tout. J'allais voir à Nancy le capitaine, je l'examinai en présence de son avocat, déposai mes conclusions médicales ; j'allais voir M. de X. et lui annonçais le résultat de nos démarches. Il ne répondit rien. Trois jours après, il fut relâché. Il m'écrivait de Luxembourg qu'il rentrait en France.

Je l'ai vu encore deux fois. Il était rentré dans la vie civile et fréquentait à Paris un cercle ou plutôt un club avec hôtel de riches homosexuels dans le quartier le plus exclusif de Paris. Il riait et niait toujours ses aventures de Metz. Son frère m'annonçait sa mort en 1922 : Congestion cérébrale.

J'ai rencontré pendant la guerre quelques-uns de

ses amis à Paris. Ils le regardaient tous comme un gentleman. Pendant la guerre, il faisait, à cause de sa fracture du crâne, l'empêchant de rentrer dans son régiment, du service comme directeur d'un grand hôpital.

Nous avons donc dans cette observation un changement brusque et total d'une sexualité normale d'un jeune homme sans tares apparentes en une inversion sexuelle, c'est-à-dire en une homosexualité, — après un traumatisme du crâne, de l'encéphale. La guérison d'une homosexualité et le retour d'une inversion sexuelle à une sexualité normale — dans le cas de l'abbé d'Amérique — après une fièvre typhoïde est démontrée aussi.

Je ne trouve pas d'observations pareilles dans la littérature homosexuelle, pas chez Binswauger, Rohleder, Krafft-Ebing, Schrenck-Notzing, Illvichs, Grabowsky, Marc André, Raffalovich, Pfister, Capellmann, v. Römer, Hirschfeld, Braunschweig, Burghauser, Rieger, Ch. Féré, Benedickt, Freud, Moll, Bodländer, Forel, Illvichs, Bodländer, Bleuler, Abraham, Back, v. Gleichen, Laupts, Näcke, Meissner, Wilhelm, Iwan Bloch, White, Ellis, Wulffen, Legludic, Dessoir, Guyan, Lacassagne, Charcot, Magnan, Tarde, Laurent, Bourneville, Brand, Rostowsky, Westphal, Râoult, Franck Lydston, Thierman, Rabou, Tarnowsky, Taine, Binet, Dugas, Adam, van Houten, Moeli, Steinach, Mingazzini, Placzeck, Hurwicg, Berg, etc., etc., et toutes les publications périodiques de tous les pays.

Voilà une autre lettre d'un prêtre catholique homosexuel, décédé aujourd'hui :

X. en mars 08,
Internat catholique.

Docteur, je souffre d'une psychopathie d'idées obsédantes. Jusqu'aujourd'hui, personne n'a pu m'aider. Je viens donc demander aide et conseil à vous. Je suis prêtre catholique, né en 1869. J'ai été consacré prêtre en 1895. J'ai une scoliose de la colonne vertébrale et un très grand défaut du cœur. Le médecin d'ici me

dit, que c'est une insuffisance mitrale formidable. Parce que je vis très sobrement, je ne m'en ressens presque pas. J'étais, dès ma jeunesse, un être profondément religieux et pieux. A l'âge de formation (13-14 ans), il se développait chez moi une sensualité inconnue. J'avais des désirs abjects, auxquels je cédais en pensées. A 14 ans, on me mit en pension chez un curé de campagne. J'étais là ensemble avec quelques garçons (pensionnaires) débauchés. Ils me débauchèrent aussi. Ma nature sensuelle n'opposait aucune barrière au péché. Je n'évitais pas la tentation, je l'aimais, je la recherchais. Je vivais dans ce milieu jusqu'à l'âge de dix-sept ans. Je pratiquais une terrible masturbation seul pour moi et avec tous les autres garçons, pêle-mêle (chez le curé). Pendant ce temps-là, les désirs les plus immondes me torturaient. Extérieurement, j'étais l'enfant le plus sage, pieux, dévot et modeste. Mes désirs immondes se portaient toujours sur des personnes du même sexe, jamais sur des filles ou des femmes. Le sexe féminin, même nu, ne m'inspirait jamais de tentations. J'ai prié, j'ai jeûné, j'ai dormi sans feu, j'ai promis de devenir prêtre du Seigneur. J'avais honte de parler de mes désirs à qui que se soit. J'enfermais tout en moi. J'étais un malheureux, un damné, un garçon pieux et dépravé par ses pensées infectes, ballotté par ses désirs immondes entre Dieu et le Diable.

Je restais chez le curé jusqu'à dix-huit ans. De là on me mit chez des Pères. Comme j'étais très pieux devant les hommes, je ne voulais pas m'avouer dans quel abîme j'étais tombé. Je trouvais un bon directeur spirituel chez les Pères. Il m'aidait à me délivrer de l'onanie jusqu'aujourd'hui. Après ma conversion, les désirs et images impurs s'estompèrent un peu. Mais j'aimais à voir des garçons bien faits et beaux et bien habillés. J'aimais à les voir surtout de derrière avec des fesses rondes, saillantes, bien moulées dans de bonnes étoffes comme des poitrines offertes par de fortes femmes.

Les femmes ne me disaient rien. Je vivais ainsi jusqu'au jour de ma consécration comme prêtre. Je

souffrais pendant les deux dernières années de séminaire de tentations obsédantes, désirant voir et admirer d'autres séminaristes, que je trouvais bien faits. Après mon ordination, je continuais à avoir le même confesseur. Dès lors j'eus une nouvelle sorte de tentations pour des petits garçons. Je suivais dans la rue des garçons de 8-12 ans, ayant toujours les yeux fixés sur leur derrière.

Cette tentation diabolique m'est venue subitement. Comme je me confessais tous les huit jours, j'en parlais à mon confesseur. Il me conseillait de regarder délibérément et expressément les derrières des garçons pour faire face à la tentation. Mais cela devenait de cette façon de plus en plus fort et je fus forcé, malgré moi, de regarder tous les garçons dans la rue par-devant et par-derrière, s'ils étaient beaux, plaisants et bien faits. Je ne le faisais pas pour pécher, mais je suivais une obsession obscure et plus forte que ma volonté, une impulsion irrésistible. Je repoussais toute pensée mauvaise. J'avais en même temps une fantaisie créatrice, qui admirait surtout Jésus comme enfant, etc...

Je dois remarquer que je suis frêle et débile ; je pèse 50 kilos. aujourd'hui. Je bégayais jusqu'à 18 ans. Aujourd'hui encore je m'emballe en parlant. C'était nerveux, mais je ne le savais pas alors. Au Séminaire ce flot débordant, sautillant de mon langage devint tellement impétueux que je ne pouvais plus parler avec les autres séminaristes. Mais quand je prêchais après mon ordination, tout allait bien. C'était de courte durée. Un an après je ne pouvais plus parler, tant les mots et les phrases s'embrouillaient et s'entortillaient en vagues incompréhensibles et impétueuses. Je dus me retirer dans un petit couvent à la campagne, mais il m'était impossible d'y prier et de célébrer la messe, parce qu'il n'y avait que des sœurs. J'allais pour trois mois dans un bain du Tirol. Pas de résultat. Je passais encore 10 mois chez mes parents. Je ne pouvais plus prêcher, plus prier devant Dieu dans l'église. L'évêque m'envoyait alors ici, dans un site idéal, tranquille, calme, au milieu de la forêt, des monticu-

les et des prés. Un père franciscain devint mon confesseur. Des enfants sans famille, garçons et filles, sont élevés par des sœurs. Le premier semestre, j'eus des crampes d'estomac terribles. Je ne pouvais presque rien manger et dépérissais. En même temps, se présentaient de nouveau des tentations concernant le toucher des parties génitales de petits garçons. Je ne succombais pas. Mais j'eus la maladie du doute. Je doutais des Saintes Ecritures. Mes nuits surtout étaient terribles. Je priais, le corps nu, sur le plancher de ma chambre, demandant pardon à Dieu. Je me confessais tous les jours. Les images de garçons, le doute des livres sacrés me poursuivaient jusqu'à l'autel. Mon confesseur me renvoyait chez mes parents. Là un médecin me prescrivit des bromures. Cette médication me réussit très bien.

Je devenais un autre homme, je vivais une autre vie. Je retournai chez mes garçons et mon confesseur. Je choisissai quelques garçons intelligents pour les instruire, pour en faire des prêtres. La sœur supérieure m'en donnait deux, un de douze et un de dix ans. Comme celui de 10 ans était le plus beau et le plus rond, je renvoyais celui de 12 ans et instruisais mon petit ami pendant quatre ans.

L'instruction de ce garçon me causait beaucoup de peines intimes et des tentations multiples. Je les confessais au père Franciscain et à 8 autres confesseurs. Ils me conseillaient de continuer. Mais je voyais tant de garçons plaisants que j'étais quelquefois submergé de tentations.

Je me gardais tout de même bien de laisser percer quelque chose au-dehors. J'évitais la compagnie des jolis garçons, même dans la rue. Sans le vouloir, j'avais quand même pris l'habitude d'envelopper de mes regards chaque garçon dans la rue pour voir s'il était beau, agréable et plaisant, bien développé par-derrière ou non.

Cela date du temps où j'étais ordonné prêtre. A partir de ce jour, cette manie me prenait, m'enveloppait peu à peu, de sorte que je ne pouvais plus m'en débarrasser. Quand je remarque que quelqu'un m'excite

par ces charmes masculins saillants de derrière, je tâche de regarder par ailleurs, mais je ne réussis presque jamais. Alors j'ai peur que ces regards subrepts et vifs comme des éclairs bouleversent tout mon système nerveux et me jettent d'un péché dans un autre abîme de péchés. Je dois avouer que j'aimais aussi à poser ma main sur les derrières des gentils garçons, j'avais alors des pertes séminales. J'allais me promener aussi dans les environs des lycées, pour voir affluer de jeunes garçons bien habillés, aux vêtements collants et proéminents par-derrière, aux joues roses et joufflues. J'en devins tellement excité, que j'avais des éjaculations quand je lisais le mot « Lycée » dans une gazette, mais il fallait que ce fût un lycée pour garçons, pas pour filles. En lisant ces mots je devais mettre le journal de côté parce que l'excitation était trop grande, mais souvent j'étais tellement encerclé par une masse de visions de derrières de beaux garçons qui tourbillonnaient en folle danse autour de moi, qui priait et clamait à Dieu les yeux fermés. Les scrupules me pourchassaient comme une horde de démons, et vous comprenez que, quand j'avais un peu de repos, je ne manquais pas de lire les journaux pour trouver quelques articles sur les lycées de garçons. Si le mot « Lycée » m'excite déjà tellement, vous pouvez me croire, que je ne pouvais pas célébrer la Sainte-Messe à un autel où il y avait la Vierge avec l'enfant Jésus ou des sculptures ou des fresques de beaux anges joufflus et nus. Je croyais alors mourir de contrition, de honte, de désespoir à cause de ma manie de fixer ces chairs rondes et dodues. Il me fallait les simples et tristes églises des ordres sévères et de la campagne et là mes désirs et mes tentations me suivirent quand même. J'étais très malheureux.

Je cherche aussi à me placer dans le tram ou le chemin de fer de façon à avoir comme vis-à-vis un gentil jeune garçon. Mais j'ai peur en chemin de fer que la tentation devienne tellement grande que je devrais descendre à une station quelconque pour fuir devant le péché imminent. Alors, j'ai peur d'un scandale.

Les désirs de toucher les parties génitales et le derrière de gentils garçons pour jouir et avoir des éjaculations, passent quelquefois dans mon âme comme des éclairs subits. Mais, en général, je suis forcé de suivre un jeune et gentil garçon bien habillé ; je fixe mes regards sur son derrière, toujours en dardant mes yeux par moments sur l'objet aimé, en invoquant le secours de Dieu dans cette triste et subjuguante tentation. Quand je rencontre après quelques cents mètres un autre jeune garçon, je tourne et le suis aussi un certain temps. Je ne peux voir un gentil garçon assis. Il faut que je lui dise de se lever et de déambuler pour que je vois son derrière.

J'ai donc peur de sortir pour ne pas avoir de tentations et pour ne pas éveiller la curiosité des gens. J'aimerais mieux mourir toutes les morts que de commettre un péché. Je me confesse tous les matins avant de dire la Sainte-Messe. Je suis surtout excité quand les garçons ont des culottes de laine moelleuse douce, bleu-foncé, bien tendues sur les rondeurs derrières.

Maintenant, vous connaissez toute ma triste misère. Il ne m'était pas facile d'écrire tout cela à un inconnu, mais il le fallait pour que vous puissiez vous faire un jugement sur mon état lamentable. Je ne puis plus continuer cette vie. Cela devient toujours pire. On ne peut pas quitter le monde. Ah, je me souviens encore de ceci : Docteur, ce n'est pas seulement en présence de beaux et gentils garçons, mais aussi avec des garçons tout à fait laids, que je suis accablé de tentations et alors des plus terribles.

Tenez, dernièrement, j'ai lu dans une revue des missions cath. étrangères un article qui m'intéressait beaucoup. Mais, au milieu du texte, il y avait la photographie d'un négrillon repoussant. Eh bien, je fus torturé par les tentations les plus abominables, qui durent encore aujourd'hui. Le derrière de ce jeune garçon avait des proportions énormes.

Il y a encore autre chose qui m'agace. Je ne peux pas me faire un jugement net, positif et concluant sur les hommes et les choses autour de moi. J'ai toujours

peur de juger les hommes, bons ou mauvais, trop à la légère et je tourne alors dans le cercle vicieux des jugements téméraires. Par exemple, aujourd'hui où la question du modernisme est à l'ordre du jour, je doute de tous nos théologiens allemands qui enseignent dans les universités. Je n'ai pas une seconde de tranquillité jour et nuit. Mes rêves sont à présent peuplés de jeunes garçons et de théologiens rasés et condamnés aux feux de l'enfer. Je dépéris de jour en jour. L'année dernière, j'étais 6 mois dans un sanatorium sur les bords du Rhin. Je parlais au médecin de mes tentations, sans entrer dans les détails. Le docteur me dit que les tentations venaient de ma maladie de cœur qui est inguérissable. Mais je crois, qu'avec l'aide de Dieu, on pourra me soulager un peu.

C'est mon strict devoir de tout essayer pour pouvoir remplir toute ma mission de prêtre. Je peux toujours dire mon bréviaire, mais cela en toute vitesse. Docteur, vous pouvez vous faire maintenant une idée de mon triste état. Je vous prie de me dire franchement ce que vous en pensez, si vous pouvez me guérir ou me soulager au moins. A l'instant, j'ouvre une revue théologique. Je tombe sur un article : « Du chant des garçons en chœur », je suis terrassé, je suis inondé de suite par des images et tentations honteuses. Aidez-moi, répondez vite.

Votre dévoué, X.

⁂

J'ai fait venir le malade directement chez moi et je l'ai gardé avec moi dans ma famille pendant six mois. C'était une loque humaine, chétive, terreuse, pantelante, hauteur, 1 m. 35, terrible insuffisance mitrale, formidable kyphoscoliose, misère physiologique et psychique, très bonne intelligence, mais homme déprimé et désespéré.

Je lui donnais d'abord une petite brochure sur l'inversion sexuelle avec la lettre encourageante de Monseigneur Haffner, évêque de Mayence, qui réclame l'abolition du § 175 du code pénal allemand et protège les homo-sexuels.

Médication : Arsène, phosphore, fer, iode. Diète. Rien d'irritant. Après deux mois, injections massives de Cytosérum Corbière. Tous les jours, examen complet du malade qui demande des explications et des conseils concernant son propre cas. Promenades avec moi ou avec Madame tous les jours. Psychothérapie continuelle, discrète, à la maison et dehors. Lectures de livres sur l'homo-sexualité. Dès que le malade était convaincu qu'il était un inverti sexuel et qu'il comprenait en théologien averti l'essence intime de ses impulsions et obsessions, il devenait calme et tranquille.

Je fus secondé dans le traitement, d'une façon admirable, par un Père Jésuite, comme d'ailleurs dans ma longue clientèle cet ordre a été d'un dévouement, d'un tact, d'un doigté, d'une sagacité et d'une intuition médicale à toute épreuve. Mon client commençait, après un certain temps à dire la messe, aidé d'un jeune garçon très gentil, sans avoir des obsessions et impulsions gênantes. Il circulait plus tard seul en ville et se réjouissait de la vie et du monde, parce qu'il regardait maintenant toute son ambiance avec les yeux d'un homme qui se connaît et se console de cette sexualité innée.

Le Père Jésuite devint son directeur spirituel ; je restais son conseiller intime pour la vie. Il devint à la fin du traitement un confesseur couru. La sérénité de son âme ne fut plus troublée. Il prêchait quatre fois vers la fin de son séjour chez moi dans un pensionnat catholique pour jeunes garçons et obtint un beau succès. Son pauvre corps se raffermit un peu, il augmentait de 10 kilos dans ces six mois et son teint devenait clair, frais et légèrement rose, ce qui lui plaisait infiniment parce qu'il avait un petit brin de coquetterie. Il rentrait comme prêtre dans sa ville natale et continuait à remplir une vie de labeur jusqu'au jour où, en 1922, une embolie l'emportait.

En comparant ces deux documents de prêtres catholiques, nous trouvons une description nettement dirigée vers le diagnostic de l'homosexualité. Mais, chez

l'Américain, nous constatons une énergie, une virilité, une luminosité, une précision bienfaisantes, allant droit au but, réclamant hautement ses droits dans la nouvelle symbiose sexuelle, dans laquelle il entrera à bon escient.

L'Européen fixe bien le diagnostic aussi, mais il enguirlande son document humain d'une masse de fioritures, d'excuses, etc. Physiquement, il est vrai, c'est aussi un être inférieur à l'Américain.

Je veux ajouter que nous voyons dans les trois cas présentés ici qu'il faut examiner et soigner chaque homo-sexuel isolément pour arriver à un diagnostic sûr et approfondi et pour savoir comment il faut le soigner. Dans ma longue clientèle d'hommes et de femmes homo-sexuels de tous les pays, j'ai regardé seulement les *invertis nés* comme de vrais homo-sexuels. Les bi-sexuels vont à part, ce qui est très important pour les expertises médicales devant les tribunaux (chantage, crimes, vols, etc.).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 25 AVRIL 1929

Présidence de M. Pierre JANET, Président

Assistent à la séance : Mme Minkowska, MM. Allamagny, Bonhomme, Collet, Demay, Lauzier, Sizaret, Vignaud, membres correspondants.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. R. de Saussure qui remercie la Société de l'avoir élu membre associé étranger.

Examen de cent liquides céphalo-rachidien d'épileptiques

par MM. L. MARCHAND, J. PICARD et A. COURTOIS

Nous avons examiné le liquide céphalo-rachidien de cent épileptiques au hasard de leur entrée soit dans le service de l'un de nous à l'asile de Villejuif, soit à l'Hôpital Henri-Rousselle.

Ils se répartissent comme suit : 40 femmes et 60 hommes.

Sur ces 100 malades, 25 présentaient des crises qui pouvaient être considérées comme symptomatiques d'une intoxication ou d'une affection cérébrale ; nous décrirons plus loin les particularités de leur liquide céphalo-rachidien.

Il reste donc 75 sujets chez lesquels le diagnostic d'épilepsie « dite essentielle » a été posé. Chez eux, l'examen neurologique et mental n'a décelé rien de particulier. La plupart ont été examinés au point de vue ophtalmologique par Mme Schiff-Wertheimer.

Les examens du liquide céphalo-rachidien ont été pratiqués par M. Muttermilch au laboratoire de sérologie de l'Hôpital Henri-Rousselle.

Les recherches ont porté sur la tension intra-rachidienne, l'albumine, les éléments leucocytaires, les réactions au benjoin et à l'élixir parégorique, la réaction de Wassermann. Le liquide céphalo-rachidien a été prélevé en dehors des périodes de crise.

1° *Tension intra-rachidienne.* — De nombreuses recherches ont déjà été faites sur ce point. Nageotte et Gayet, Bergmann, Navratzki et Arndt, Tissot, Merzbacher, Boveri, Subsol ont trouvé quelquefois la pression augmentée. Botello a noté une augmentation nette de la tension du liquide dans 26,1 0/0 des cas. Schrapf la trouve normale. Redlich, Pötal et Hess ont trouvé une forte hypertension dans des cas d'épilepsie symptomatique d'hydrocéphalie ou de méningite.

A l'état normal la tension en position assise est assez variable. Cependant lorsqu'elle dépasse 50 c. au manomètre de Claude, la plupart des auteurs s'accordent pour parler d'hypertension. En position couchée, la pression est plus stable et 25 c. paraît être le chiffre maximum que l'on puisse considérer comme encore normal. Ce sont ces chiffres 50 et 25 que nous avons retenus comme limites normales supérieures.

Sur les 75 malades considérés comme atteints d'épilepsie idiopathique la tension a été notée 51 fois (35 fois en position assise, 16 fois en position couchée). Quatre fois en position assise, elle a dépassé 50 c. au manomètre de Claude (54, 58, 55, 60) et trois fois en position couchée elle était au-dessus de 25 c. (27, 28, 31). La pression était donc augmentée dans 7 cas sur 51, soit dans 13,5 0/0 des cas. Nous n'avons jamais constaté la diminution de la pression.

Albuminose. — La plupart des auteurs reconnaissent

qu'il n'existe pas d'albuminose dans le liquide céphalo-rachidien des épileptiques. Dans l'intervalle des accès, Bolten, Ayer et Foster, qui admettent qu'à l'état normal le liquide céphalo-rachidien renferme en moyenne 0,25 d'albumine totale par litre, ont trouvé 0,29 centigr. comme moyenne chez les comitiaux. Zuccari trouve 0,33 c. Laignel-Lavastine et Ravaut ont rapporté quelques exemples d'hyperalbuminose isolée, seul stigmate d'après eux d'une hérédo-spécificité causale.

Avec l'échelle de Mestrezat, le taux de l'albumine oscille à l'état normal entre 0,18 et 0,22 c. par litre. Nous ne considérons comme pathologique que les liquides contenant plus de 0,30 c. Nous avons utilisé également les réactions de Pandy (acide phénique) et de Weichbrodt (sublimé) qui passent pour indiquer un excès de globuline du liquide.

Le dosage de l'albumine fut pratiqué chez 72 de nos 75 sujets considérés comme atteints d'épilepsie idiopathique. Seize fois seulement, le taux a dépassé 0,30 centigr. ce qui donne un pourcentage de 22 0/0 des cas. Nous avons trouvé une fois 0,32, quatre fois 0,35, six fois 0,40, une fois 0,45, deux fois 0,50, une fois 0,55, une fois 0,60.

La réaction de Pandy a été recherchée sur 65 liquides ; onze fois elle est notée comme positive, neuf fois elle coïncidait avec une légère hyperalbuminose, deux fois elle se présentait à l'état isolé.

La réaction de Weichbrodt moins sensible que la réaction de Pandy a été pratiquée également sur les mêmes 65 liquides ; elle n'a été trouvée positive que dans trois cas, toutes les fois en accord avec une réaction de Pandy positive et l'hyperalbuminose.

Ainsi la réaction de Pandy a été positive dans 17 0/0 des cas et celle de Weichbrodt dans 4,6 0/0 des cas seulement.

Lymphocytose et polynucléose. — Les résultats des différents auteurs sont concordants. Il n'existe pas de lymphocytose, ni de polynucléose chez les épileptiques dans l'intervalle des accès (Sicard, Nageotte et Jamet, Pasturel, de Buck, Frankausen, Anglada, G. et R. Voi-

sin, Hartenberg). Zuccari trouve comme moyenne 0,3 lymphocyte par millimètre cube. Par contre, Pinard et Mosny dans un cas ont rencontré une légère lymphocytose dans l'intervalle des accès alors qu'il existait une polynucléose marquée au moment des accès. Merzbacher chez huit épileptiques sur douze a trouvé une augmentation des lymphocytes. Dans six cas, elle était marquée, mais n'atteignait jamais la forte augmentation que l'on trouve dans la paralysie générale.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur le nombre de lymphocytes que l'on doit considérer comme normal dans un millimètre cube de liquide céphalo-rachidien. D'après nos recherches, nous considérons que le taux des leucocytes ne dépasse guère 1 élément par millimètre cube à la cellule de Nageotte. Pour nous tenir dans une limite se rapprochant des opinions de nombreux auteurs, nous n'avons considéré comme anormaux que les liquides contenant 3 éléments et plus par millimètre cube.

Les éléments cellulaires ont été numérés chez 72 de nos épileptiques dits « idiopathiques ». Treize fois, c'est-à-dire dans 18 0/0 des cas, le taux dépasse 3 éléments par millimètre cube, mais il s'agit toujours de leucocytose légère puisque le chiffre le plus élevé a été de 5,6 éléments par millimètre cube.

Jamais nous n'avons observé de polynucléose.

Réactions au benjoin et à l'élixir parégorique. — La réaction du benjoin a pu être pratiquée 62 fois. Dans aucun cas, la moindre précipitation n'a été notée dans l'un des 5 premiers tubes qui forment la zone dite syphilitique. Par contre, dans la zone dite méningitique, 3 fois une précipitation partielle fut constatée dans le 11e tube, 1 fois elle y fut complète et la courbe de précipitation atteignit le 12e tube. Si elle n'est pas toujours respectée, du moins cette zone méningitique du benjoin est-elle moins souvent touchée dans ces cas que dans ceux d'épilepsie tardive chez des alcooliques, où comme nous le montrerons plus loin, une courbe allongée vers la droite est observée dans la moitié des cas. Signalons dans cinq cas l'absence de toute précipitation du ben-

join, fait auquel d'ailleurs il ne semble pas qu'il faille attacher quelque importance.

La réaction de l'élixir parégorique s'est toujours montrée complètement négative dans les 62 cas d'épilepsie essentielle où elle fut pratiquée.

Réaction de Bordet-Wassermann. — Dans un travail antérieur, l'un de nous avec Bauer (1) n'avait trouvé la syphilis acquise que 17 fois sur 241 sujets atteints d'épilepsie dite idiopathique, soit dans 7 0/0 des cas et la syphilis héréditaire que 11 fois, soit dans 4,5 0/0 des cas. Pour établir la fréquence de la syphilis acquise, les recherches avaient porté sur les anamnésiques, les signes cliniques, les traitements suivis, les réactions de Bordet-Wassermann et de floculation dans le sang des malades, et toutes les fois que la syphilis héréditaire pouvait être soupçonnée, cette réaction avait été recherchée dans le sang des parents, des frères et sœurs. Il était intéressant de contrôler ces premiers résultats par la recherche de la réaction de Bordet-Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien d'un grand nombre d'épileptiques dits idiopathiques.

Ces recherches ont été faites chez nos 75 sujets et trois fois seulement les réactions furent positives ; encore faut-il en distraire un cas où la contamination eut lieu après l'apparition des premières crises épileptiques. Dans les deux autres cas, il s'agissait vraisemblablement d'hérédo-syphilis. Chez un de ces deux sujets la réaction de Pandy était également positive. Chez l'autre malade, le Bordet-Wassermann était partiellement positif et le liquide céphalo-rachidien contenait en outre 0,35 d'albumine et six éléments à la cellule de Nageotte. La réaction au benjoin était normale. Chez ces trois malades, le Wassermann était positif dans le sang.

Ces nouvelles recherches viennent donc confirmer les résultats que l'un de nous avait établis et montrent que si l'on doit toujours penser à une étiologie syphilitique

(1) L. MARCHAND et E. BAUER. — Du rôle de la syphiiis dans l'étiologie de l'épilepsie dite essentielle. *Paris-médical*, 15 octobre 1927.

quand on examine un épileptique, il ne faut pas s'attendre à la trouver souvent puisque ce n'est que dans 2,6 0/0 des cas que la syphilis sérologique a été mise en évidence chez des sujets ne présentant aucun autre trouble neurologique ou organique que leurs crises épileptiques.

⁂

Les 25 cas dans lesquels nous avons considéré les crises épileptiques comme symptomatiques se répartissent ainsi : alcoolisme, 10 cas ; hémiplégie infantile, 3 cas ; encéphalite épidémique chronique, 4 cas ; trépanation, 3 cas ; traumatisme crânien, 2 cas ; tumeur cérébrale probable, 3 cas.

Alcoolisme chronique (10 cas). — Quatre fois, le taux de l'albumine atteint 0,30 c., mais conformément à la méthode suivie, nous ne considérons pas ce taux comme pathologique ; deux fois il dépasse cette limite (0,40 ; 0,55) ; une seule fois, nous avons noté une lymphocytose légère (4,8 éléments). Sur ces dix cas, 5 fois la précipitation du benjoin s'étendait partielle ou totale au 11e tube et une fois partielle au 12e. Dans un cas où le liquide était normal, la réaction de Meinicke se montra partiellement positive dans le sang.

Ainsi en ne tenant compte que du taux de l'albumine et du nombre des éléments leucocytaires, trois fois sur dix nous trouvons des altérations du liquide. La fréquence d'une précipitation légère du benjoin dans la zone méningite est également un fait intéressant, peut-être en rapport avec les lésions de méningite chronique si communes chez les alcooliques.

Hémiplégie cérébrale infantile (3 cas). — Des modifications du liquide existent dans les trois cas : 2 fois légère hyperalbuminose (0,32 et 0,40) avec réaction de Pandy partielle dans un cas ; dans le 3e cas, légère hypercytose (3,5) avec 0,30 d'albumine et réaction de Pandy partielle. De plus, dans un cas, précipitation du benjoin partielle jusqu'au 12e tube.

Encéphalite épidémique chronique (4 cas). — 2 fois

l'albumine atteint 0,30. Une fois seulement la réaction de Pandy fut franchement positive.

Trépanation (3 cas). — Ces trois malades ont été trépanés pour des blessures du crâne par balle ou éclat d'obus. Tous les trois étaient syphiliques ; nous n'avons pu établir dans aucun des cas si l'infection était postérieure ou antérieure au traumatisme. Ce qui est certain — et la coïncidence est assez curieuse — c'est que ces trois malades, dont un tabétique, présentaient une atteinte syphilitique du névraxe révélée par la ponction lombaire dans les 3 cas.

Traumatisme crânio-facial (2 cas). — Ces deux sujets étaient devenus épileptiques, l'un après un traumatisme de la face (éclat d'obus dans le maxillaire inférieur) ; l'autre après une trépanation de la mastoïde. Le premier présentait avec 0,30 d'albumine une réaction de Pandy partiellement positive, le second une tension notablement exagérée (51 assis et 31 couché).

Tumeur cérébrale probable (3 cas). — Dans tous les cas, il existait des altérations importantes du liquide céphalo-rachidien (hypertension, albuminose, lymphocytose et 2 fois modifications de la précipitation du benjoin).

En résumé, sur cent cas d'épilepsie pris au hasard de leur hospitalisation, nous trouvons 75 cas d'épilepsie dite idiopathique et 25 cas d'épilepsie symptomatique.

Dans les cas d'épilepsie idiopathique nous avons relevé, en dehors des accès, les modifications suivantes du liquide céphalo-rachidien :

Dans 13,5 0/0 des cas, la pression intra-rachidienne a été trouvée légèrement augmentée ;

Dans 22 0/0 des cas, le taux de l'albumine a dépassé 0,30, la plus forte augmentation étant de 0,60. La réaction de Pandy a été positive dans 17 0/0 des cas et celle de Weichbrodt dans 4,5 0/0 des cas seulement, en concordance chaque fois avec la réaction de Pandy ;

Dans 13 0/0 des cas, nous avons constaté une très légère lymphocytose.

La réaction au benjoin a donné les résultats suivants : dans aucun cas, nous n'avons observé la précipitation dans les cinq premier tubes (zone dite syphilitique), dans trois cas la précipitation atteignit les premiers tubes de la zone méningitique.

La réaction à l'élixir parégorique a toujours été négative.

La réaction de Wassermann a été positive trois fois sur les 75 cas d'épilepsie dite idiopathique, mais il faut en distraire un cas dans lequel la contamination devait être postérieure au début de l'épilepsie. Dans les deux autres cas, il s'agissait vraisemblablement d'hérédo-syphilis, décelée uniquement par l'examen sérologique.

Dans les 25 cas d'épilepsie symptomatique, nous avons trouvé des modifications bien plus fréquentes et plus importantes du liquide, nous les notons 8 fois sur 10 cas dans l'alcoolisme chronique et 3 fois sur 3 dans l'hémiplégie cérébrale infantile, 3 fois sur 4 dans l'encéphalite chronique, 3 fois sur 3 chez des blessés du crâne trépanés et syphilitiques : 2 fois sur 2 dans des traumatismes crânio-faciaux, 3 fois sur 3 chez des sujets suspects de tumeur cérébrale.

Ainsi, comme conclusion générale, on peut dire que les modifications du liquide céphalo-rachidien sont assez fréquentes, mais peu accusées dans l'épilepsie dite idiopathique.

Cette constatation est bien en rapport avec les données cliniques et anatomo-pathologiques qui indiquent que l'épilepsie dite idiopathique est souvent la seule manifestation clinique de lésions scléreuses cérébrales, séquelles elles-mêmes d'encéphalite ou d'états méningés anciens. Par contre, il est exceptionnel que l'examen de ce liquide ne donne pas quelques indications particulières dans les cas d'épilepsie symptomatique.

Séquestration d'un vieillard dans son domicile par parasitisme défensif d'une prostituée persécutée.

par M. Paul COURBON

Cette histoire dont le titre résume assez bien les traits essentiels, nous paraît intéressante par le caractère insolite des réactions provoquées par le délire. On y voit un renversement des situations habituellement respectives de l'aliéné et de l'homme normal. Au point de vue de ce que Dupré appelait l'interpsychologie morbide, cette donnée d'une persécutée s'installant au domicile d'un être sain d'esprit et le séquestrant, mérite d'être retenue.

Par une belle après-midi d'été les gestes et les cris d'un vieillard chancelant et d'une femme déchaînée ameutaient les promeneurs du boulevard. Elle le bousculait et le poussait devant elle en sacrant et en l'injuriant ; tandis que lui s'efforçait de l'apaiser mêlant les promesses et les sourires aux gémissements et aux larmes. Finalement un agent emmena la mégère au commissariat, tandis qu'un compatissant garçon épicier s'offrait à raccompagner le pauvre rudoyé à son domicile.

Chemin faisant le vieillard confia au bon jeune homme toute la joie qu'il éprouvait de se voir enfin délivré de son irascible compagne: J'ai 87 ans, depuis deux ans et demi lui expliqua-t-il, elle s'est installée chez moi me privant de plus en plus de toute liberté. Mais jamais je n'aurais osé me plaindre d'elle, car j'en ai trop peur. La scène qui vient d'avoir lieu, elle me l'a faite, parce qu'après m'avoir interdit de quitter la maison pendant son absence elle m'a trouvé dans la rue. Je crois qu'elle est folle car elle raconte toutes sortes d'histoires invraisemblables et j'aurais voulu la décider à consulter des médecins. Mais elle a toujours violemment refusé. En tout cas, je me félicite de cette scène qui a provoqué son arrestation que je n'aurais jamais osé demander.

Les propos fantantisques que pendant ce temps l'héroïne

tenait au Commissariat la firent immédiatement conduire à l'Infirmerie du Dépôt. Elle fut aussitôt internée pour délire imaginatif et arriva peu à près à l'Asile de Vaucluse. Parfaitement mnésique, le récit qu'elle y donne de son aventure et de son passé permet le diagnostic de délire d'imagination ou de paraphrénie fantastique.

Agée de 47 ans, elle exerçait depuis de nombreuses années le métier de prostituée sur le boulevard Barbès, jusqu'au jour de sa rencontre avec celui qu'elle s'obstine à appeler cyniquement « son vieux ». Dans le courant de la guerre, des agents de la police des mœurs lui ont fait faire la connaissance du général G..., qui a été son client. Elle lui a révélé une trahison des Anglais. Il l'a emmenée plusieurs fois dans un carrosse aux Invalides et lui a proposé le mariage.

Elle refusa tout d'abord, car il avait fait disparaître une femme qui était prostituée comme elle et avec qui il vivait depuis 6 ans. Néanmoins son mariage a eu lieu. Mais le greffe du Tribunal de Paris auquel elle a demandé un extrait de cet acte a refusé de le délivrer (on trouve, en effet, dans ses papiers un avis de recherches infructueuses au greffe de l'état-civil). Elle est propriétaire d'une maison laissée par le général. Elle a droit à un secours de la Commission des Allocations. Mais un complot d'une vingtaine de personnes est ourdi contre elle. Ce sont des agents des mœurs qui l'espionnent, la suivent et se griment. Pour sortir ou rentrer dans sa chambre du quartier Barbès elle était obligée à des détours afin de les éviter. Aussi cherchait-elle parmi ses clients quelqu'un qui voulut la prendre chez lui pour dépister ses ennemis. Quand elle apprit que « le vieux » habitait Montparnasse elle fut enchantée, car c'était à l'autre bout de Paris. Elle lui fit la proposition, qu'il accepta avec joie, lui aussi, car il n'avait que sa concierge pour tenir son ménage. D'ailleurs il gagna plus qu'elle dans cette combinaison. Il était dégoûtant et trop faible pour vivre tout seul, pour savoir acheter et commander. Il aurait crevé de faim et aurait été exploité par des parents, des amis, des médecins ou la concierge, qui n'étaient tous en réalité que des agents des mœurs déguisés. Elle mit tout le monde dehors. Et lorsqu'il la coucha sur son testament il ne fit que son devoir, car elle seule était son amie véritable. Les derniers temps il était devenu insupportable. Il lui disait de venir consulter un médecin avec elle. Il lui désobéissait. Il sortait sans elle. Elle devait l'enfermer. Et quand elle oubliait de le faire, il

s'échappait sans doute pour aller retrouver ses ennemis à elle ! C'est ce qui arriva le jour où on l'arrêta sur le boulevard.

D'après l'enquête il est exact qu'elle était prostituée et que le vieux rentier de 87 ans avec lequel elle vivait depuis deux ans et demi avait été raccroché par elle sur le boulevar Magenta. « Je la considérais plutôt comme gouvernante que comme domestique, déclare-t-il, à tel point que je la comptais parmi mes héritiers. Mais elle devint autoritaire, méchante. Ce fut pour moi un véritable martyr. Pour le motif le plus futile, souvent même sans raison, elle me maltraitait m'insultait, me frappait. Elle ne voulait pas me laisser sortir seul. Je ne pouvais pas la renvoyer parce qu'elle avait pris une trop grande importance dans la maison et surtout parce que j'avais peur qu'elle ne se livrât à un acte de violence sur moi. » D'autre part il est dit qu'elle portait constamment un revolver sur elle et que l'on trouva dans ses affaires 28.000 francs de valeurs achetées avec l'argent de son hôte.

D'après la concierge ce petit rentier était de mœurs paisibles, mais d'éducation grossière. Il était veuf depuis quelques années, n'avait que des parents éloignés et ne recevait personne que des médecins lorsqu'il était malade. Les scènes étaient continuelles dans ce faux ménage où la femme était souveraine. Au fond « le vieux » ne valait pas mieux que la raccrocheuse, conclut la vénérable portière, car s'il n'était pas fou il était avec les femmes d'une brutalité et d'une grossièreté révoltantes.

Au total le diagnostic clinique est celui de délire de persécution et de grandeur avec fausses reconnaissances et à base principale de fabulation.

La mésaventure de cet octogénaire libidineux présente tout d'abord un intérêt pittoresque qui eût séduit un romancier de l'école réaliste. Balzac, leur doyen, eut pu l'ajouter à ses documents sur la Comédie Humaine et la conter dans ses Scènes de la vie privée avec un sous-titre moralisateur comme celui-ci : A quel prix l'amour revient-il aux vieillards !

Nous ne retiendrons que l'intérêt médicosocial des deux situations créées par cette rencontre d'une folle et d'un vieux : le parasitisme et la séquestration à domicile.

Le parasitisme défensif de cette persécutée s'installant définitivement chez autrui pour échapper à ses persécuteurs est en effet curieux. Il rappelle celui du combattant ou du malfaiteur qui impose son hébergement à un tiers pour dépister ses poursuivants.

Un tel fait est aisément réaliable par l'intimidation ou la sympathie entre gens mentalement valides. Il ne l'est que très difficilement lorsqu'un aliéné est en cause par suite de l'irréductibilité des deux consciences qui s'affrontent. La cohabitation devient rapidement impossible à la fois pour le malade qui ne tarde pas à délirer contre son hôte et pour celui-ci qui redoute la compagnie d'un fou.

Aussi, voit-on fréquemment des persécutés vagabonds, errants ou migrateurs qui courent toujours à la recherche d'un refuge auprès de différents personnages, tandis qu'on ne voit que très rarement des persécutés parasites s'établir définitivement chez quelqu'un où ils aient trouvé un abri inexpugnable. Pour qu'un tel établissement ait lieu, il faut un concours exceptionnel de circontances rendant la cohabitation tolérable. Ces circonstances furent ici la caducité sénile de l'hôte et l'impudeur professionnelle de la parasite.

La délirante ne pouvait prendre ombrage d'un être aussi inoffensif que ce vieillard qui par ailleurs, lui offrait tant d'avantages matériels. Et l'autre supportait d'elle les extravagances comme la rançon acceptable des jouissances que son propre érotisme en recevait. Il lui fournissait bon souper et bon gîte parce qu'elle lui donnait le reste. Et elle ne changeait pas de gîte parce que dans nul autre l'occupant n'eut été moins dangereux.

La séquestration à domicile d'un individu relativement sain d'esprit par un individu évidemment aliéné est apparemment plus paradoxale. En réalité, elle l'est moins. Elle n'est qu'une confirmation de la loi qui régit les rapports de subordination réciproque des hommes vivant ensemble ; loi par laquelle c'est la supériorité du caractère et non la supériorité de l'intelligence qui assure le commandement.

Les bourreaux domestiques sont très souvent des aliénés, tandis que leurs victimes jouissent parfois de toute leur raison. Dans ce cas particulier la sénilité avait affaibli le caractère du séquestré, tandis que l'hyperesthésie du délire avait fortifié celui de la geôlière.

De ces considérations se dégagent les conclusions suivantes :

Cliniquement : le parasitisme peut être un moyen de défense du persécuté, lorsque des circonstances exceptionnelles émoussent l'intolérance réciproque d'un aliéné et d'un être sain d'esprit.

Médicolégalement dans les séquestrations à domicile l'aliéné n'est pas toujours le séquestré. Il ne l'est pas quand son compagnon, inférieur à lui par le caractère, abdique volontairement sa liberté.

Etat de béatitude chez une schizophrène. Thème délirant imaginatif. Pseudo-hallucinations. Fabulation. Divination de la pensée

par MM. Pignéde et Paul Abély

Le cas que nous relatons concerne une malade, Mlle D., entrée à l'asile de Tours en 1922 et âgée de 46 ans.

Rien à signaler de particulier dans les antécédents héréditaires. La malade est une ancienne institutrice. Il y a quelques années, elle a renoncé à l'enseignement pour vivre avec un cousin qui est prêtre et devenir son intendante. D'après celui-ci elle aurait toujours eu des tendances à la rêverie, principalement à la rêverie mystique. En outre très orgueilleuse, distante et dominatrice, avec propension aux idées mégalomaniaques.

Le 16 mars 1922 elle est internée à l'Asile de Tours à la suite d'un accès d'agitation avec réactions violentes, propos incohérents, alternant avec des crises de mutisme.

A l'entrée, lorsque nous l'interrogeons pour la première fois elle est revenue au calme. Elle pénètre dans notre bureau avec un air impérial, puis elle se tient assise sur une chaise, le buste droit et raide, dans une immobilité majestueuse. Elle est légèrement confuse, s'oriente avec hésitation dans le temps et ne garde qu'un souvenir assez imprécis de son agitation des jours précédents. Elle répond néanmoins aux questions et nie toutes hallucinations et idées délirantes. Elle est très maniérée, éclate de rire, prend sans cesse un air théâtral. Elle sort de son immobilité mais ses gestes sont rares, étudiés ; elle martèle ses phrases, passe à tout bout de champ sa main sur son front et s'écrie sur un mode tragique : « Jamais... jamais... » Elle donne surtout l'impression d'une comédienne très affectée dans ses réponses et ses manières avec de nombreuses réticences.

Les jours suivants Mlle D..., tout en conservant son maniérisme et ses allures hystériformes, devient plus loquace et finit par nous avouer qu'elle entend des voix ou plutôt une voix. C'est toujours la même voix qui lui parle. Elle n'est pas méchante, elle lui donne au contraire des conseils. Elle lui parle de ce qu'elle doit dire et de ce qu'elle ne doit pas dire ; elle lui recommande surtout de ne pas prier la Sainte Vierge. Effectivement, ajoute la malade, lorsque je prie la Sainte Vierge cela me fait mal. Cette voix ressuscite en elle les souvenirs de son enfance et elle lui permet aussi de connaître le passé d'autrui. C'est ainsi qu'il y a un instant elle a pu rappeler à une malade des choses dont celle-ci ne se souvenait plus. Mais ce n'est pas seulement le passé que la voix révèle et actualise, c'est aussi l'avenir qui grâce à elle pénètre dans l'esprit divinateur de la malade et lui apparaît avec assez de clarté pour qu'elle puisse prédire en toute certitude ce qui va lui arriver à elle et aux autres. « J'ai toujours prévu des tas de choses : je disais aux gens, n'allez pas là, ne faites pas cela ; je leur évitais ainsi bien des misères, et ce pouvoir de connaître l'avenir ne me vient pas de moi, mais de Dieu. »

Le bon prêtre dont elle est l'intendante, tout en avouant que sa cousine est sujette à l'erreur et que sa prescience subit parfois des éclipses a quelque peu la conviction que l'avenir ne lui demeure pas totalement inconnu.

Au début, affirme Mlle D..., c'était de l'inspiration, mais aujourd'hui la voix est distincte. Elle l'entend très bien du côté droit, moins bien et plus rarement du côté gauche. Elle vient justement d'entendre au cours de l'interrogatoire :

« Mais oui, Lydie, tu entends distinctement. » Cette voix est donc distincte en ce sens que les mots prononcés sont nettement perçus, mais ces mots n'ont pas de son ni de timbre. La voix est entendue surtout dans la tête et les mots sont perçus parce que la malade « pense beaucoup par elle-même et parce qu'elle cherche ».

Il ne s'agit donc pas d'hallucinations auditives sensorielles, mais plutôt de pseudo-hallucinations. La malade rend très bien compte de la formation de ses hallucinations. Au début elle se sentait simplement inspirée ; elle avait comme des intuitions, des pensées qui n'étaient pas celles de tout le monde et qui envahissaient sa conscience avec une fréquence et une précision de plus en plus grandes. Elle s'est repliée sur ses pensées et, dans cet état de concentration psychique, celles-ci ont perdu leur caractère abstrait pour prendre celui de l'objectivité et pour s'imposer à sa conscience comme des perceptions réelles.

Plus tard lorsqu'elle s'améliorera au point de vue mental elle dira spontanément qu'elle entend des voix, mais que ce ne sont pas des hallucinations. « L'hallucination n'existe pas, il n'y a que la télépathie, ce qu'on entend on le voit en réalité : c'est parce que j'ai les yeux fixés sur mes pensées que j'ai des sortes d'hallucinations. »

Mlle D... n'a pas d'idées de persécution : tout au plus manifeste-t-elle une certaine aversion vis-à-vis d'une de ses parentes dont elle a du reste des raisons légitimes de se plaindre. En revanche elle a des idées mégalomaniaques et dans un sens mystique sur lesquelles elle demeure partiellement réticente. « La voix l'a distinguée parmi les autres femmes ; elle est l'élue de Dieu... Elle n'avoue pas nettement qu'elle est chargée d'une mission, mais elle le donne à entendre. »

En même temps il y a chez elle un onirisme intense. « La nuit elle rêve beaucoup, à des choses drôles surtout. Toutes sortes de personnages lui apparaissent et particulièrement le démon, comme on le représente sur les gravures, comme un satyre. Elle a aussi des visions angoissantes ; elle voit des flammes, elle a vu son cousin l'abbé étranglé... »

Quelques jours après, la malade qui évite plutôt la conversation et se réfugie de plus en plus dans un isolement silencieux nous remet plusieurs lettres où elle rend compte de ses rêves hallucinatoires. L'érotisme y domine. Visions lubriques et burlesques où les médecins qui l'ont soignée jouent un rôle de premier plan et perdent toute impassibilité

scientifique pour devenir les principaux acteurs d'un sabbat monstrueux. Mélange de sensualité vicieuse et de sentimentalité extatique. Pressentiments sinistres, visions infernales. Appels tumultueux à l'amour romantique où à la lubricité la plus obscène. Plansanteries de gavroche, etc...

Ses lettres deviennent de plus en plus nombreuses et elle passe la plus grande partie de la journée à écrire. Elles contiennent également des idées de grandeur et Mlle D. les signe de différents noms qu'elle fait toujours précéder de la particule. Habituellement elle signe de Caraman Chimay.

Puis une de ses lettres ayant été remise par mégarde à son cousin l'abbé, elle cesse d'écrire et désormais elle va s'enfermer dans un mutisme partiel, ne répondant aux questions que le strict nécessaire. Quand on lui demande, à la visite, des nouvelles de sa santé elle répond avec obligeance par un oui ou un non, remercie, puis se renferme dans un silence obtiné. Elle devient de plus en plus indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle, ne parle jamais aux malades, aux infirmières et aux sœurs ; elle passe son temps à regarder plutôt qu'à lire les journaux que sa famille lui apporte ou à couvrir des pages entières de dessins stéréotypés et sans aucune signification, elle ne réclame jamais sa sortie et même lorsqu'on la met sur ce sujet ne témoigne pas le désir de s'en aller. Son cousin lui rend visite chaque semaine ; elle le reçoit sans impatience, mais avec une affection plutôt froide. Durant plus de six ans elle va rester dans cet état de sérénité indifférente, n'exprimant aucun désir, ne sollicitant aucune conversation avec le médecin, ne réclamant même pas de soins lorsqu'elle est un peu souffrante. Parfois elle a cependant quelques impatiences hautaines et distantes avec des infirmières, mais, d'une façon générale, elle s'absorbe dans ses rêveries et semble y trouver un sentiment de bien-être et de béatitude. Elle ne présente pas pourtant le moindre signe d'affaiblissement psychique. Elle dit toujours entendre des voix et deviner les pensées d'autrui. Elle a des tendances mégalomaniaques mais qu'elle laisse entrevoir sans verser dans un véritable délire de grandeur, mais, en dehors de ces troubles psychiques ses réponses sont normales, elle s'oriente bien, sa mémoire est conservée, son esprit est des plus lucides et appelée à donner son témoignage sur une opération de banque qu'elle a faite pour le compte de son cousin avant son entrée à l'Asile, elle le rédige avec une correction parfaite et une précision remarquable.

Après cette longue période d'indifférence et de désintérêt vis-à-vis du monde extérieur, pressée par son cousin de quitter l'Asile elle commence à réclamer sa sortie, mais sans impatience et sans agressivité.

Elle est sortie récemment de l'Asile, le dernier interrogatoire prouvant qu'elle était suffisamment améliorée pour que le médecin pût déférer au désir exprimé par son cousin que son exéat lui fût accordé. Elle était calme, inoffensive, tenant une conversation parfaitement suivie et cohérente et sans thème délirant apparent. Elle vivait dans le quartier toujours un peu distante, béate et même légèrement euphorique, très rêveuse, ne parlant que rarement, assise constamment à la même place et continuant ses dessins stéréotypés.

En résumé, notre malade après un accès de très courte durée de confusion mentale avec agitation motrice ayant nécessité son internement est revenue au calme, ne présentant plus que des manifestations hystériformes, maniérisme, éclats de rire, attitudes théâtrales, tendances au mutisme. Les troubles confusionnels dissipés, un onirisme hallucinatoire intense a persisté (visions de feu, de démons, de scènes lubriques ou angoissantes), onirisme pouvant être rapporté aux processus autotoxiques de la ménopause. (Malade âgée de 46 ans). En même temps la malade présentait des hallucinations psychiques très anciennes remontant, d'après ses dires, à l'âge de 23 ans, audition de voix ou plutôt de pensées perçues sous la forme de mots dépourvus de son et de timbre. Très imaginative et onirique, elle a présenté un thème délirant confus et sans systématisation dans lequel entrait en jeu des idées érotiques avec quelques idées mystiques et mégalomaniaques, et qui se formulait beaucoup moins dans ses propos que dans ses écrits où son onirisme et son hyperactivité imaginative se donnaient libre cours dans une fabulation incohérente. Puis de l'onirisme hallucinatoire la malade est passée à un état de rêverie calme, sereine et béate avec retrait de l'ambiance, indifférence complète à sa situation et dont elle n'était qu'imparfaitement sortie, le jour où son exéat de l'Asile lui a été accordé; état d'indifférence s'accompagnant d'une conservation intégrale des facultés intellectuelles (orientation normale, mémoire précise, lucidité, lettres et propos cohérents).

Il nous a paru intéressant de relater cette observation pour plusieurs raisons.

1. D'abord cette malade d'après ses dires et ceux de sa famille est atteinte depuis très longtemps d'hallucinations qui n'ont point altéré son comportement dans le milieu social où elle n'a jamais paru anormale et ne s'est point livrée à des actes impulsifs et extravagants jusqu'au jour où elle a dû être internée pour un accès de confusion agitée avec délire des paroles et des actes.

2. Elle présente le phénomène déjà signalé et décrit sous le nom de devinement de la pensée et qui consiste dans l'affirmation délirante de la faculté de connaître la pensée d'autrui.

3. Il est intéressant surtout de noter les trois phases qui caractérisent le tableau clinique que nous venons de décrire: confusion avec onirisme agité, délire violent des propos et des actes ; puis onirisme tranquille et hyperactivité imaginative qui s'exalte dans les écrits seulement où s'épanouit une fabulation érotique d'une richesse extrême ; enfin l'état de rêverie calme, indifférente qui la retranche du monde extérieur et lui permet de jouir d'un sentiment de félicité et de bien-être parfaits.

Cet état de béatitude caractérisé par une euphorie paisible et satisfaite avec activité de la pensée intérieure est tel que la malade ne connaît plus le désir de retourner dans le milieu social et il est d'autant plus remarquable qu'il ne s'accompagne d'aucun déficit psychique. Malgré cette conservation intellectuelle nous pensons qu'un semblable état d'intériorisation psychique avec désintérêt du monde extérieur, indifférence complète vis-à-vis de tout ce qui n'est pas la vie intérieure de la malade mérite le nom de schizophrénie, tout au moins fruste, diagnostic rendu plus vraisemblable encore par les manifestations du début (maniérisme, éclats de rire, crises de mutisme).

Contribution à l'étude du traitement de la paralysie générale par le paludisme

par Paul ABÉLY

Il nous a été donné de suivre plusieurs paralytiques généraux traités à l'asile de Prémontré et dans divers services de l'hôpital général de Tours, soit par le Dmelcos, soit par la malaria.

Notre statistique porte sur une vingtaine de cas environ.

Nous voulons simplement apporter ici quelques remarques brèves au sujet des faits, résultats ou incidents que nous avons pu constater au cours de l'application de cette thérapeutique. Après un essai de traitement par le Dmelcos sur une dizaine de malades, nous avons définitivement abandonné cette méthode que nous considérons comme dangereuse.

Pour rendre efficace en effet, cette thérapeutique il faut injecter deux fois par semaine et pendant 3 mois environ, des doses croissantes de vaccin antichancrelleux.

Cette accumulation de vaccin, dont l'élimination est mal connue, ne va pas sans occasionner des désordres graves dans l'organisme.

C'est ainsi qu'entre la 12e et 16e injection nous avons assisté à l'apparition de 4 cas de purpura hémorragique dont trois furent mortels.

La relation de cause à effet était évidente.

Les doses faibles de sulfarsénol et de Quinby ne pouvaient pas entrer en ligne de compte, puisque jamais avec les mêmes doses appliquées après l'injection malarique nous n'avons observé pareille complication.

Le traitement par le paludisme, que nous avons tout d'abord essayé avec quelque scepticisme, nous a donné des résultats certains et indiscutables : à savoir trois améliorations considérables avec retour à un compor-

tement social normal, 6 améliorations très nettes, 6 insuccès. Parmi les malades guéris ou très nettement améliorés, se trouvaient deux paralytiques généraux, précédemment traités sans succès par le Dmelcos.

Dans tous les cas, la formule biologique du liquide céphalo-rachidien n'a pas bougé, le Wassermann, le Benjoin colloïdal, la lymphocytose n'étaient nullement transformés. En revanche nous avons été frappés, par la disparition très nette chez cinq malades du signe d'Argyll, qui existait au début du traitement.

Nous avons remarqué qu'il était inutile de laisser évoluer pendant longtemps les accès palustres et qu'il était suffisant de laisser survenir 5 à 6 accès.

La même souche nous a servi pour tous les cas. Mais la virulence de cette souche diminuait progressivement à chaque transmission d'un individu à l'autre. La période d'incubation s'allongeait. Alors qu'elle était de 10 à 15 jours chez nos premiers injectés, chez les derniers le premier accès apparut un mois et quelquefois 40 jours après l'inoculation. L'insuccès du traitement chez ces derniers malades nous laisse supposer qu'il est préférable de limiter de 10 à 12 la transmission de la même souche à plusieurs paralytiques généraux et qu'il est préférable de revenir alors à une souche fraîche. Les améliorations ont apparu très rapidement, habituellement à la fin du premier mois de traitement, passé ce délai, le résultat favorable devenait très incertain.

Enfin en cas d'insuccès, une deuxième inoculation à quelques mois d'intervalle peut amener de sérieux résultats.

C'est ainsi que deux malades précédemment traités à Ste-Anne et à Tours par la malariathérapie, ont été considérablement améliorés après une deuxième tentative de traitement faite 4 mois après.

Le paludisme a toujours été très rapidement arrêté avec quelques grammes de quinine. Le traitement par le sulfarsénol (0,18 tous les deux jours jusqu'à 5 grammes) et le Quinby (tous les 2 jours), nous a donné les résultats les meilleurs.

Les formes de paralysie générale s'accompagnant d'agitation marquée, de délire actif furent celles qui furent le plus heureusement influencées, les formes torpides furent peu modifiées.

Discussion

M. Henri Claude. — Je ne suis pas d'accord avec M. Abély, sur un certain nombre de points et ces divergences tiennent peut-être, pour une part, à ce que les malades observés par M. Abély ne l'ont été que pour un temps insuffisamment long.

La constatation du signe d'Argyll se modifiant en somme dans un délai assez court, voilà un fait que je n'ai jamais observé. Nous avons vu quelquefois la réapparition d'une contraction pupillaire à la lumière, chez des sujets qui avaient une aréflexie pupillaire complète, mais dans le cas de signe d'Argyll vrai, le retour à un réflexe normal doit être considéré, à mon point de vue, comme tout à fait exceptionnel.

Il n'est pas étonnant que M. Abély n'ait pas observé de modifications importantes du liquide céphalo-rachidien, si ses malades ont été examinés peu de temps après l'impaludation. Au début de mes recherches sur la malariathérapie je pensais également que l'on ne pouvait obtenir un retour à la normale du liquide céphalo-rachidien, ni même une disparition de la réaction de Wassermann. Actuellement, depuis une expérience plus longue, je dois dire que j'ai pu observer des réductions très remarquables du caractère pathologique du liquide céphalo-rachidien et même, dans un certain nombre de cas, le retour à la normale. Il n'est même pas inutile de faire observer que ce retour à la normale a pu être constaté chez des sujets n'ayant pas paru bénéficier notablement du traitement malarique au point de vue clinique.

M. Abély conseille de ne laisser évoluer chez les malades que quatre à cinq accès de fièvre et il pense que les résultats sont tout aussi satisfaisants. Je crois que cette pratique n'est pas à recommander, car il

résulte des indications que nous possédons sur les réactions des centres nerveux sous l'influence de la malaria, aussi bien dans le liquide céphalo-rachidien qu'après l'examen histologique des centres nerveux, soit par biopsie sur le vivant, soit à la suite d'autopsie, que les réactions prolongées pendant un certain temps ont certainement une influence favorable, et, par conséquent, un nombre réduit d'accès diminue les chances d'amélioration.

Si l'on craint de fatiguer les malades par des accès trop souvent répétés, il est loisible d'employer la méthode qui a été recommandée en Allemagne et qui consiste à interrompre les accès de fièvre par de petites doses de quinine au bout de cinq accès et de refaire ultérieurement une nouvelle impaludation ou bien de réveiller l'éclosion des accès en injectant du nucléinat de soude ou même seulement de l'adrénaline. On fait ainsi une sorte de traitement à doses réfractées, qui pourrait être assez efficace.

Un dernier point : je ne crois nullement à la diminution d'action de la souche, même après un temps fort long, car la souche que j'emploie est vieille de nombreuses années, je l'ai transmise à beaucoup de collègues qui continuent à l'expérimenter et elle est toujours aussi active. Elle avait paru présenter un fléchissement il y a à peu près deux ans et depuis cette époque, elle n'a nullement varié.

Il n'y a donc pas lieu d'incriminer la diminution d'activité de la souche lorsqu'on est en face de cas d'incubation prolongée : ces incubations prolongées sont en rapport probablement avec un état individuel, car il m'est arrivé d'inoculer le même jour, avec le sang du même malade, deux sujets, l'un présentant une incubation normale de 10 à 12 jours, et l'autre présentant une incubation extrêmement retardée.

M. Leroy. — Dans les cas que j'ai eu à traiter et que j'ai examinés en collaboration avec l'ophtalmologiste de Ste-Anne, j'ai pu constater parfois une modification du signe d'Argyll, allant même jusqu'à une disparition complète de l'inertie pupillaire. Ces cas sont rares,

mais ils existent ; Gerstmann en signale également quelques-uns dans son ouvrage.

M. DEMAY. — J'emploie, dans mon service, la même souche depuis quatre ans ; je n'ai constaté aucune diminution de sa virulence. Je n'ai jamais trouvé, dans mes cas, une modification du signe d'Argyll.

M. MARCHAND. — Je voudrais demander si les résultats obtenus doivent être surtout attribués à l'impaludation ou au traitement spécifique dont elle est suivie.

M. CLAUDE. — J'estime que la chimiothérapie agit sur un terrain préparé par l'impaludation.

M. TRÉNEL. — Je voudrais rappeler le cas de p. g. que j'avais présenté à la Société clinique de Médecine mentale; ce cas avait été traité par le Dmelcos ; au cours du traitement apparut un épanchement pleural d'origine indéterminée. L'état mental s'améliora, mais cette amélioration ne fut que passagère ; une rechute se produisit ; le traitement arsenical ne donna aucun résultat, l'impaludation, par contre, qui vient d'être terminée détermina une amélioration appréciable ; cette amélioration est cependant encore trop récente pour qu'il soit possible de se prononcer sur sa durée.

Les délires chez les paralytiques généraux traités par la malariathérapie (10 observations dont 7 personnelles).

Présentation des malades

par MM. LEROY et MÉDAKOVITCH

Les modifications mentales et les délires survenant chez les paralytiques généraux traités par la malaria n'ont jamais fait l'objet, en France, d'une étude d'ensemble. Cette question mérite cependant de retenir l'attention en raison de la valeur des problèmes envi-

sagés. Il est digne de remarque que, sous l'influence du traitement, le tableau clinique habituel de la P. G. peut subir de profondes modifications. Tantôt le psychisme se transforme, tantôt on voit se superposer une nouvelle psychose atypique. C'est vers la fin de 1921 que GERSTMANN a montré l'importance de ce comportement spécial. VERMEYLEN (de Bruxelles) s'est également occupé de ce sujet (1). Diverses formes mentales peuvent être observées : confusionnelles et délirantes, hallucinatoires systématisées, formes avec stupeur, imaginatives, etc. Leur fréquence se montre d'autant plus rare que la plupart des aliénistes n'ont pas orienté leurs travaux dans ce sens. Notre statistique donne le chiffre de 10 0/0.

Généralement, au début de la période pyrétique, les malades sont plus calmes, parfois prostrés. Vers la fin des accès, l'euphorie, les idées mégalomaniaques diminuent et sont remplacées par de la dépression et des préoccupations hypochondriaques plus ou moins justifiées. Ces manifestations ne sont que des éclaircies fugaces, mais significatives.

DELIRE, CONFUSION MENTALE. — Les réactions confusionnelles délirantes apparaissent lors des derniers accès, à la fin de la période fébrile. Elles répondent au tableau classique des délires infectieux et post-infectieux, avec leur caractère fantastique plus ou moins manifeste. C'est ainsi que GERSTMANN a vu un P. G. uniquement dément présenter, au 4e accès, des phénomènes confusionnels avec nombreuses hallucinations auditives, visuelles, scéniques, panoramiques. La psychose disparut avec la fièvre et le malade s'améliora rapidement au point de vue mental et physique. Ces réactions confusionnelles et délirantes sont le résultat de 2 composantes : 1° l'influence toxi-infectieuse ; 2° l'état pathologique du cerveau paralytique. Elles existent, en effet, uniquement chez les P. G. et n'ont jamais été rencontrées dans les cas de malaria vac-

(1 VERMEYLEN. — *Congrès de Genève*, 1926.

cinale pratiquée chez d'autres sujets : tabes, atrophie des nerfs optiques, syphilis cérébrale, sclérose en plaques, démence précoce.

OBSERVATION I. — *Gros affaiblissement intellectuel, idées de négation, refus d'aliments, délire onirique, hallucinations auditives et visuelles (lilliputiennes). Etat maniaque persistant. Amélioration considérable de la démence et de l'état général.*

At... Abraham, 52 ans, entré à la clinique de la Faculté, le 8 août 1928, P. G. avancé avec refus d'aliments, amaigrissement extrême, idées de négation : son estomac ne fonctionne plus, somnolence. Impaludé le 16 août 1928. A la fin du 6e et dernier accès, changement considérable de l'état mental, hallucinations auditives, regarde au plafond, écoute en disant : « Tu m'entends », tient des conversations. Hallucinations visuelles, aperçoit plusieurs dames sur le mur, hallucinations lilliputiennes, voit sortir de son lit des petits Hindous qu'il essaie de prendre avec la main. L'état dépressif se transforme en excitation euphorique avec idées absurdes de grandeur ; il a 25 ans, possède 56 milliards, sa puissance s'étend jusqu'aux Indes. Etat maniaque, ironie, jeux de mots, farces. A la question : « Qui êtes-vous », répond avec moquerie : « Je suis le Cardinal de Lavigerie. » Chante les psaumes en hébreu et en français, se coiffe d'une serviette qu'il arrange en turban autour de sa tête. Malgré cette agitation incessante, At... se montre, au bout de quelques semaines, très amélioré au point de vue physique, a beaucoup engraissé, s'étant mis à manger dès l'impaludation. Actuellement (20 avril 1929), le malade présente un affaiblissement intellectuel peu perceptible, retour de la conscience, mais reste dans le même état maniaque sans troubles psychosensoriels. Attitude hostile et menaçante ; réclame sa sortie. Aucune modification dans les réactions humorales du sang et du L. C.-R.

DELIRES SYSTEMATISES HALLUCINATOIRES. — Plus intéressantes se montrent les formes avec délire systématisé, où les illusions et les hallucinations dominent le tableau clinique. Elles éclatent d'habitude dans les derniers jours fébriles et même après l'arrêt des accès ; quelquefois elles succèdent à des phénomènes confusion-

nels. La manifestation hallucinatoire va souvent si loin que la démence paralytique se montre à peine reconnaissable.

Parmi les troubles des perceptions, les hallucinations auditives sont les plus frappantes : élémentaires (chuchotements, murmures, sons de cloche), complexes (voix). Les voix sont tantôt perçues comme un discours directement adressé par des personnes connues, tantôt anonymes ou indifférentes au point de vue affectif. Très fréquents sont le téléphone, la télégraphie sans fil, des instruments transportant les bruits ; menaces, injures, obscénités, moqueries, souvent sous une forme monotone et stéréotypée. Hallucinations psychiques ou psychomotrices. Troubles de la cénesthésie (électricité). Nous rappellerons à ce sujet l'observation du malade Imb... qui se prétendait électrisé et demandait des rondelles de caoutchouc pour isoler son lit du sol (1).

Souvent ces hallucinations restent isolées, sans trouble de la conscience et du comportement, sans être utilisées pour le délire, mais, très souvent aussi, elles sont en rapport avec les idées d'influence, de préjudice, de persécution, d'empoisonnement. Le contenu du système est généralement pauvre. Avec les progrès de la guérison, le sujet doute peu à peu de la réalité de son délire, puis le repousse comme une manifestation étrangère et maladive.

Rares et peu importantes sont les hallucinations visuelles.

OBSERVATION II. — *Démence complète sans aucun délire, hérédité morbide, hallucinations auditives constantes, idées absurdes de grandeur, obscénités, stéréotypies verbales et motrices.*

Bert... Etienne, 58 ans, entré dans le service, le 3 octobre 1928 ; démence complète, idées de satisfaction, brutalité, fugue, vol, exhibitionnisme, aucun délire ; sœur internée,

(1) LEROY et MEDAKOVITCH. — Traitement de la P. G. par la malariathérapie suivie d'un traitement spécifique mixte à hautes doses (obs. VIII). *Société médico-psychol.*, nov. 1928.

frère épileptique. Impaludé au commencement de novembre 1928 ; traitement spécifique mixte. Le 2 décembre, urine dans sa soupe, dit qu'il se mariera avec toutes les femmes et qu'il leur fera des enfants ayant un an à leur naissance. Vers le 25 février 1929, apparition des hallucinations auditives : sa femme lui cause à l'oreille, la nuit comme le jour, disant qu'elle ne veut pas venir le chercher. Elle lui répète quatre fois de suite : « une fois, deux fois, trois fois, quatre fois, quatre fois seize » ou bien : « ceci-cela, ceci-cela » jusqu'à seize fois. Il répond quatre fois : « je t'écoute ma petite femme chérie ». On peut provoquer par injonctions les hallucinations auditives sous forme de la voix de sa femme. Les troubles psycho-sensoriels se montrent extrêmement intenses ; les députés, les sénateurs, le commerce parisien et la France entière lui parlent à l'oreille et lui demandent « des bites, des couilles et des craquettes chéries pour les femmes, les messieurs et tout le monde ». Etienne est lui-même le Christ, le père éternel, et aura 200 ans d'existence le 1er janvier 1940. Il a des yeux de lynx et aperçoit l'univers à 200 lieues à la ronde ; en fermant les yeux, il voit l'Europe entière et toute l'éternité. Cet état délirant persiste encore (20 avril 1929). Les hallucinations auditives s'accompagnent de stéréotypies curieuses. Le malade chantonne souvent les mêmes phrases : « l'hôpital St-Louis, l'hôpital St-Louis... ». Il mâchonne à chaque instant, claque des dents d'une manière rythmée, trois fois de suite, pour arrêter la communication avec l'interlocuteur. La mémoire a nettement tendance à revenir, orientation bonne. Les réactions humorales sont très améliorées dans le L. C.-R. et peu dans le sang.

OBSERVATION III. — *Démence globale, aucun délire, état confusionnel extrême, amélioration considérable de l'état mental, puis apparition d'un délire systématisé hallucinatoire, écho de la pensée.*

Lec... Achille, 46 ans, entré le 29 octobre 1928. Profond affaiblissement intellectuel global, désorientation, appoint éthylique, aucun délire. Impaludé le 11 décembre 1928, traitement spécifique mixte. Etat confusionnel extrême, ne reconnaît même pas sa femme aux visites. Au commencement de décembre 1928, amélioration considérable, a perdu tout souvenir des premières semaines passées à Ste-Anne. Vers le milieu de mars 1929, Achille, devenu depuis trois mois lucide

et conscient, se met à délirer. Hallucinations auditives, des gens lui causent avec un appareil, l'insultent « vache, imbécile, idiot », ou lui donnent de bons conseils. L'appareil manœuvré par un certain M. L. se trouve dans un hôtel voisin de Ste-Anne. Ces personnes lisent le journal avec lui (écho de la lecture), lui inspirent des chansons. Les voix causent jour et nuit et le sujet prétend que ses voisins les entendent comme lui. Au commencement, ces procédés lui étaient pénibles, actuellement ils lui sont devenus indifférents. Il ne peut faire un pas sans être surveillé, tous ses actes sont répétés à haute voix. Le malade n'a pas osé parler de tout ceci à sa femme; cependant, il a écrit plusieurs lettres de plaintes au Commissaire de police. Pas d'hallucinations psychiques ni psycho-motrices. Troubles de la cénesthésie : effluves électriques sur le front, le matin au réveil. Cet état délirant persiste depuis deux mois sans aucune modification. Lucidité parfaite. Au point de vue humoral, la lymphocytose a beaucoup diminué, la réaction de B.-W. est devenue négative dans le L. C.-R. et dans le sang.

Observation IV. — *Démence globale considérable avec mégalomanie absurde, agitation incoercible, gâtisme et escarre, état grave, retour en deux mois de la lucidité et de la conscience ; délire systématisé hallucinatoire, hallucinations psycho-motrices, troubles de la sensibilité générale.*

Brogn... Jules, 45 ans, entré à la clinique de la Faculté le 21 sept. 1928. Profond affaiblissement intellectuel, idées absurdes de grandeur, excitation considérable. Impaludé à la clinique (3 accès légers). Transféré dans notre service le 11 oct. 1928 dans un état épouvantable de démence et d'agitation incoercible, gâtisme avec escarre. Il possède des milliards, pèse 1.000 kilos et pèsera plus encore après la guerre, est le père de millions d'enfants. Nouvelle impaludation le 12 déc. 1928 (deux accès très forts, les autres légers) ; traitement spécifique mixte. Fin janvier 1929, amélioration, diminution de l'excitation, guérison de l'escarre. Le 19 janvier 1929, se calme, ne crie plus à tue-tête, répond assez raisonnablement aux questions, réduit en partie l'absurdité de son délire, ne gâte plus. Au commencement de mars, se montre de plus en plus conscient et, parallèlement, de plus en plus déprimé, avec le retour de l'auto-critique et de la conscience de son état. Disparition complète des idées de grandeur. Il

prétend alors avoir entendu des voix grossières et menaçantes.

Le 6 avril 1929, Jules, devenu lucide et raisonnable depuis un mois, se plaint d'un gargouillement dans la gorge et dans la poitrine, accusant un infirmier de lui avoir mis une pince dans la bouche. Il nous fait entendre le bruit qui n'est, en réalité, qu'un claquement des dents les unes contre les autres. Anxiété, pleurs. Demande qu'on lui ouvre la poitrine pour retirer un fil de fer qu'il sent monter et descendre dans sa gorge, conviction absolue, veut nous faire sentir l'objet et touche à son appendice xyphoïde (troubles de la sensibilité générale). Il présente, en outre, un délire hallucinatoire systématisé très actif. Des gens cachés derrière les fortifications lui causent de très loin ; ce sont des hommes et des femmes et même sa sœur. Ils l'insultent, lui demandent de l'argent, l'accusent d'être de la police et de vouloir les vendre, lui donnent des ordres, lui commandent de tuer sa sœur, répètent tout ce qui se passe à l'asile. Les voix lui parviennent jour et nuit, presque sans arrêt. Elles lui disent devant nous : « ne le dites pas, ne le dites pas, vous êtes perdu, c'est du fer que vous avez dans le ventre ». Le malade se met du coton dans les oreilles pour ne pas les entendre. En plus des hallucinations auditives, on constate la présence certaine d'hallucinations psycho-motrices. Les ennemis causent dans sa tête, dans sa bouche où il a la sensation d'un ressort qui monte et descend. Il ne parle pas malgré lui. Cet homme, arrivé mourant dans le service, pourrait être considéré aujourd'hui comme atteint de psychose hallucinatoire chronique, si l'on ne recherchait pas avec soin les symptômes physiques de P. G. qui ont, du reste, en partie rétrocédé.

OBSERVATION V. — *1re entrée, démence légère avec état maniaque et préoccupations hypochondriaques ; 2e entrée, délire systématisé de persécution et d'influence, hallucinations auditives et psycho-motrices, nombreux troubles de la sensibilité générale, angoisse.*

Corn... Louis, 47 ans, entre une première fois dans notre service avec excitation motrice et psychique, salade de mots, humoristiques, plaisanteries, tendances dogmatiques pseudo-scientifiques, questions saugrenues, emphase dans l'expression de la pensée, nombreuses préoccupations hypocondriaques souvent puériles, parle constamment de son intestin. Impaludé le 11 mai 1927 (accès légers) ; 19 injections de

0,50 de Stovarsol de novembre 1927 à février 1928, soit un total de 9,50. Sort amélioré, le 25 février 1928, calme et sans délire.

Revient à Ste-Anne (Hôpital Henri Rousselle) le 18 mai 1928, parce qu'il présentait, depuis quelques semaines, un symptome délirant hallucinatoire caractérisé par des idées de persécution et d'influence : on le vole, les Juifs et les communistes lui en veulent, il a été un sujet d'expérience pour la Ville de Paris. Il entend des voix par la T. S. F. et par les ondes hertziennes. Troubles cénesthésiques, sensations électriques, on travaille son cerveau, on l'oblige à agir contre sa volonté ou bien, au contraire, on l'empêche de faire ce qu'il veut. Instabilité, irritabilité, colères, menaces contre sa femme.

Louis est, de nouveau, envoyé dans notre service le 21 juin 1928. Nous trouvons un homme très persécuté, angoissé, se plaignant du cœur, inquiet de sa situation et de celle de sa famille. Il se prétend guéri « ayant été merveilleusement traité ». Nouvelle impaludation le 17 juillet 1928 avec traitement spécifique mixte consécutif. Il continue à se montrer halluciné, électrisé, anxieux, angoisse précordiale qu'il rattache à son internement, parle souvent du plexus solaire ; veut sortir à tout prix. Sa conversation est assez suivie, mais ses nombreux écrits dénotent une incohérence totale, avec certaines assonances et dissonances ; beaucoup de mots sont soulignés, encadrés. Comme certains persécutés, il ne veut pas se séparer de ses lettres et les accumule. « Je reçois, dit-il fin novembre 1928, énormément d'électricité dans la tête, parce que je suis trop cérébral. Les ondes me parlent comme des voix d'au-delà ; il y a des ondes roses et des ondes tristes, il y a mésentente entre elles. Chez moi, j'ai vu les cheveux de ma femme se dresser sur sa tête sous l'influence de l'électricité, j'avais peur qu'elle ne devienne folle ; il y avait, dans le voisinage, un bureau de poste avec beaucoup de fils et de lumières. Même ici, à Ste-Anne, la T. S. F. marche, j'ai peur de l'enroulement de mon cerveau à cause de l'électricité qui se trouve dans Paris. Je suis trop cérébral. Je sens un enroulement dans ma tête. J'encaisse l'électricité comme des maux de tête et des voix basses, elles disent : « reversi... reversa ». On me dit par les ondes électriques : « gare les services hospitaliers, bravo le service de santé. J'étais dément précoce avant mon entrée, et me voici dément sénile. » En plus de ces hallucinations auditives, le malade présente des hallucinations psycho-motrices

très nettes (voix dans la gorge et dans la tête). Les réactions humorales sont devenues presque normales dans le L. C.-R, et légèrement positives dans le sang (1).

FORMES AVEC STUPEUR. — Chez deux de nos malades, nous avons constaté l'existence d'un état de stupeur avec négativisme, opposition, résistance, impulsivité, violence. Voici l'une de ces observations.

OBSERVATION VI. — *Affaiblissement intellectuel sans délire, amélioration notable, stupeur, masque de marbre, mutisme, opposition, maniérisme, grimaces, impulsions subites, stéréotypies, boulimie.*

B... Marc, 42 ans, entré dans le service le 26 novembre 1928 dans un état d'affaiblissement intellectuel global sans délire. Deux ictus antérieurs. Impaludé le 6 décembre 1928 ; traitement spécifique mixte. Fin décembre 1928, grande amélioration, conscience de son état, demande des nouvelles de sa famille, lit et relit les lettres de sa femme. Quelques jours après, dit à celle-ci être pourri, sentir mauvais et devoir payer une amende de trois mille francs, faute de quoi, il sera mis en prison. Ce délire dure seulement 4 jours. En janvier et février 1929, persistance de l'amélioration si notable. Au commencement de mars 1929, Marc devient rapidement sombre, silencieux, taciturne, reste immobile dans son lit, court impulsivement regarder par la fenêtre, ne répond à aucune question et se met en colère si on lui parle. Réactions impulsives subites, frappe les infirmiers, essaie de briser les carreaux, paraît très halluciné. Le 15 mars, même état de stupeur avec opposition et mutisme ; masque figé, inexpression relâchée des traits du dément, pose hiératique, clignement permanent des paupières, balancement du corps, quelques secousses myocloniques de la face, maniérisme, grimaces, négativisme, aspect clinique de D. P.

Le 6 avril 1929, stupeur avec anxiété, physionomie inerte, regard fixe, doit être alimenté, devenu gâteux, demande cependant spontanément une injection dans les veines du bras. Le 12 avril, boulimie, vole les aliments qui sont à sa portée. Reste depuis cette époque dans le même état de stu-

(1) LEROY et MÉDAKOVITCH. — Les réactions biologiques chez les P. G. traités par la malariathérapie (observ. VII). *Société médico-psych.*, mars 1929.

peur. Interrogé le 24 avril, le malade se confine dans son mutisme. Nous lui demandons ce qu'il désire pour son repas et, à notre grande surprise, il répond avec empressement et la figure animée : « Je veux comme régime un poulet rôti, du melon, une salade au cresson, un renard aux châtaignes, un éléphant aux marrons, un canard aux oignons, un bon café, un bon champagne, une omelette au jambon, une pintade aux truffes. » Il écrit sur un papier : « beaucoup de magnésie, beaucoup de poux d'éléphant bien plumes, beaucoup de peaux plumées. Je sortirai aujourd'hui, le bon Dieu me l'a dit. Je voudrais que ma petite femme vienne avec mon habit plume me prendre et nous partirions ensemble faire un petit tour en aéroplane. Nous mangerons dans notre petite chambre où on est bien heureux... Nous voudrions avoir beaucoup d'or et d'argent pour nous rendre forts ; il me faut, au moins, deux milliards ».

Gerstmann décrit une forme catatonique, survenant chez les P. G. à la suite de la malariathérapie, caractérisée par un comportement singulier d'isolement avec stéréotypies, répétition des mêmes discours, humeur renfermée et hostile, état de stupeur, négativisme, impulsions subites. Notre observation en est un type. Nous préférons adopter le terme de stupeur parce que, selon la définition de Chaslin, la stupeur est la suspension ou le ralentissement extrême des mouvements volontaires et de la mimique. Elle a pour conséquence forcée le mutisme plus ou moins accusé et s'accompagne, dans certains cas, de négativisme et de catalepsie.

Dans un article intéressant, Uréchia et Rusdea (1) ont étudié la forme schizophrénoïde de la syphilis du cerveau et de la syphilis cérébrale avec une importante documentation. Ils en tirent la conclusion que les symptômes de D. P. peuvent apparaître dès le commencement ou mieux — et plus fréquemment — dans une période de rémission.

Le professeur Claude a également attiré l'attention sur certains P. G. qui, au début de leur affection, présentent l'aspect clinique d'une schizophrénie, en dehors de tout traitement. Il donne, à ce propos, les observa-

(1) Uréchia et Rusdea. — *Encéphale*, 1921.

tions de trois malades impaludés évoluant vers le tableau de la D. P. (1). Un examen approfondi montre régulièrement une différence fondamentale entre la vie psychique de ces sujets et celle des vrais schizophrènes.

FORMES IMAGINATIVES. — Nous avons observé, en plus d'un délire hallucinatoire systématisé, une curieuse transformation des idées absurdes de grandeur en une psychose de filiation imaginative.

OBSERVATION VII. — *Démence globale, idées absurdes d'enfantement, gâtisme ; disparition du gâtisme à la fin du dernier accès. Délire systématisé hallucinatoire, tentatives de suicide. Délire imaginatif de filiation.*

Por... Gaston, 42 ans, entré le 9 mai 1928 ; démence globale, idées absurdes de grandeur, « il va dîner à la présidence » et « faire dodo avec plusieurs femmes, il accouche d'un nouveau bébé tous les jours et même toute les secondes, il repeuplera la terre » ; grande agitation, gâtisme. Impaludé le 21 mai 1928, disparition du gâtisme à la fin des derniers accès. Traitement spécifique mixte. Le 14 juillet 1928, c'est-à-dire 2 mois après le commencement du traitement, Gaston présente des troubles psycho-sensoriels délirants, entend des voix téléphoniques et y répond. Il essaie de s'asphyxier au moyen d'un bouchon de papier dans la bouche sous l'influence d'un ordre impératif d'une personne nommée Clémence. Quelques heures après, nouvelle tentative de suicide avec un mouchoir. Le 10 août, le malade, qui parle souvent seul à haute voix, commence à rectifier son délire de grandeur antérieur, puis l'abandonne complètement. Grand changement de caractère, n'est plus euphorique mais déprimé, désire son départ, fait son paquet chaque jour pour s'en aller.

En octobre, Gaston s'occupe dans le quartier, ne paraît plus délirant, réclame sa sortie afin de reprendre sa profession commerciale. Bonne orientation, état mental tellement amélioré que la sortie semble pouvoir être envisagée.

Au bout de quelques semaines, nous sommes surpris de

(1) H. CLAUDE. — Paralysie générale et schizophrénie. *Pratique médicale française*, mars 1928.

voir apparaître un délire de filiation à base de fabulation, signature d'un psychisme en pleine activité. Ses parents légaux ne sont pas ses vrais parents. Il est né à Washington, d'un père italien, riche banquier, et d'une mère « super-chirurgienne » à Rome. Il a fait des études sérieuses à Genève, Londres, et prétend lui-même au titre de docteur super-chirurgien. Les nombreuses opérations faites par lui l'ont illustré ; il a trouvé un traitement pour la syphilis et la blennorrhagie ; les accouchements même lui sont familiers. « C'est à Ste-Anne, dit-il (3 mars 1929), qu'un monsieur m'a indiqué mon vrai père. Je m'appelle Robertili Dorvatili, né à Ajaccio ; je possède des mines de plâtre et de ciment en Argentine, des mines de bronze, d'argent, d'or et de charbon. Un jugement m'a donné cette semaine 600.000 dollars. Ma femme, née à Rio-de-Janeiro, est chirurgienne comme moi. Je possède deux maisons à Paris ; l'une 142 rue Damrémont, et l'autre, 10 rue de Lisbonne. Je suis ambassadeur de Suède, Martinique, Terre-Neuve et Mexique. Je peux vivre très vieux car, en Amérique, il y a des gens de 450 ans. »

Illusions de fausses reconnaissances, appelle l'un de nous M. Quertz et lui demande s'il n'a pas eu autrefois des comptes à rendre à la justice de Nancy. Le 24 avril 1929, Gaston prétend s'appeler Robert Dorval. On a assassiné ce matin Robertili Wolff et Odette Perinetti (son amie Odette Périn ne vient plus le visiter depuis quelques temps et il se plaint de cette absence, interprétation probable de ce fait). Ce malade, sous l'influence du traitement, est complètement transformé en ce sens qu'il ne gâte plus, jouit d'une santé physique excellente, plus de dysarthrie.

Au point de vue du délire, les idées absurdes démentielles d'enfantement ont disparu au bout de 3 mois. Au fur et à mesure que les symptômes psychiques et physiques de méningo-encéphalite diminuaient, nous avons vu se développer un délire hallucinatoire, puis imaginatif, extrêmement curieux. L'imagination a créé un délire fantastique sans fixité, mais les nouvelles idées sont beaucoup moins absurdes qu'auparavant. Le fait d'être fils de parents riches, super-chirurgien et milliardaire ne peut se comparer à la conviction d'accoucher toutes les secondes. L'état démentiel persiste sous la forme d'idées de richesse et de grandeur ; il s'est amélioré. Le sujet a réduit son délire en corrigeant, jusqu'à un certain point, l'absurdité et l'incohérence de ses propos.

Il est utile de connaître, en général, la fréquence des troubles psycho-sensoriels dans la P. G. OBERSTEINER et KRÆPELIN en trouvent 10 0/0 ; ZIEHEN 25 0/0 ; JUNIUS et ARNDT 17 0/0 chez les hommes et 27 0/0 chez les femmes. La plupart des hallucinations visuelles relèvent de l'alcoolisme. Quant aux hallucinations auditives, elles seraient plus fréquentes et se manifesteraient surtout quand le processus morbide se localise au lobe temporal. PLAUT (1) est le seul auteur ayant fait les recherches les plus minutieuses sur ce sujet. Sur 713 cas (503 hommes et 210 femmes), entrés en 6 ans à la clinique de Münich, il n'a trouvé que 10 hallucinés de l'ouïe, dont 3 seulement avaient des hallucinations de l'ouïe pouvant être exclusivement rattachées à la maladie de Bayle. De même, VERTES, sur 416 cas observés à la clinique de Budapest, considère les hallucinations auditives comme tout à fait exceptionnelles et existant seulement chez les P. G. à évolution lente.

La forme paranoïde de la paralysie générale a été, en France, l'objet de travaux. MAGNAN et SÉRIEUX (2), JOFFROY et MIGNOT (3), Mlle PASCAL (4), Mlle SERIN (5) ont donné des observations intéressantes. Un point fort important à signaler, et que nous tenons à mettre en évidence est que *cette forme se montre surtout pendant les périodes de rémission.* MAGNAN et SÉRIEUX citent un paralytique général en voie de rémission chez lequel un délire de persécution s'était développé ; le délire se systématisait d'autant mieux que l'amélioration augmentait. L'un de nous (6) a également observé un P. G. qui, pendant une rémission, a présenté un délire de

(1) PLAUT. — *Sur les hallucinations des syphilitiques*, Berlin, 1913.

(2) MAGNAN et SÉRIEUX. — *La paralysie générale*, 1894. — MAGNAN. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1897.

(3) JOFFROY et MIGNOT. — *La paralysie générale.*

(4) Mlle PASCAL. — Formes paranoïdes de la paralysie générale. *Encéphale*, 1914.

(5) Mlle SERIN. — Contribution à l'étude des formes paranoïdes de la P. G. *Thèse Paris*, 1926.

(6) LEROY R. — Hallucinations psycho-motrices chez un P. G. *Archives de Neurologie*, 1899.

persécution avec hallucinations multiples. OBRÉGIA (1) avait déjà vu, dès 1909, des délires de persécution, le plus souvent avec hallucinations auditives, se produire chez des P. G. ayant suivi un bon traitement spécifique, dans 1/5 des cas.

D'après GERSTMANN, l'apparition d'un état paranoïde hallucinatoire, loin d'être d'un mauvais pronostic, indiquerait un arrêt de l'affection mentale et serait due à une thérapeutique insuffisante. Elle serait même une manifestation régressive certaine et sa stabilisation indiquerait une rémission stationnaire. Mieux encore, il existerait un antagonisme très net entre les symptômes typiques de la P. G. (démence, euphorie, idées de grandeur, inconscience, amnésie, troubles de la parole et de l'écriture) et les images paranoïdes hallucinatoires atypiques. Si celles-ci retrocèdent, la méningo-encéphalite progresse. On a même rencontré la même opposition chez les malades traités par la tuberculine, la nucléinate de soude. Nous venons de voir qu'elle existait également dans des cas avec rémission spontanée. Sur 1.800 observations anatomo-cliniques publiées par JAKOB, il a trouvé 5 cas de P. G. prolongées ; 4 d'entre eux s'accompagnaient de manifestations hallucinatoires, paranoïdes et catatoniques (peut-être y a-t-il eu une infection intercurrente passée inaperçue ?) L'examen histologique montrait des lésions très atypiques de P. G. et les réactions sérologiques étaient également anormales.

Nous croyons utile de résumer trois observations de Gerstmann :

OBSERVATION VIII. — Un mécanicien de chemin de fer, P. G., tabétique, 40 ans, entre à l'Asile le 1er avril 1921. Impaludé le 7 avril, salvarsan. Après la cessation des accès, manifestations hallucinatoires : chuchotements, menaces, insultes, téléphone, influence télépathique, tout ceci venant de son cousin. Au fur et à mesure que l'état général s'amé-

(1) OBRÉGIA. — Le paranoïsme méta-paralytique. *Revue des Sciences médicales*, Bucarest, 1909.

liorait, le délire a rapidement rétrocédé, a été rectifié et le malade est sorti en état de reprendre son travail fin juillet 1921. Il persistait cependant un bourdonnement pénible dans l'oreille qui a duré plusieurs mois. En 1923, le malade, étant resté sans emploi, a pu subir avec succès l'examen de maître-mécanicien dans une entreprise privée et remplit, depuis 4 ans, son poste dans la perfection.

Observation IX. — Un garçon de café, 40 ans, P. G. suit au début de 1922, comme malade externe, un traitement tuberculine, mercure et salvarsan ; amélioration notable. Devient agité, euphorique avec idées de grandeur ; internement nécessaire en 1923. Impaludé en décembre 1922, néosalvarsan. Fin février 1923, troubles psycho-sensoriels particulièrement de l'ouïe ; en avril, idées de persécution croissantes. Il entend chanter merveilleusement les oiseaux en hiver, des femmes logées à l'étage supérieur le persécutent, se moquent de lui, une dame Kornblut l'empoisonne, lui envoie de l'air artificiel sur les yeux, le visage, dans la chambre. Sort légèrement amélioré le 13 novembre 1923. Continue à se montrer persécuté et va inspecter la maison voisine, plaintes au Commissaire. Réinterné en avril 1924, prétend que la même dame lui envoie toujours et partout de l'air artificiel avec un ventilateur, nombreuses hallucinations auditives, voix ironiques, la lampe, le fourneau et la pendule lui parlent, insomnie. Au milieu de 1924, les symptômes paralytiques reprennent en intensité, les manifestations délirantes s'atténuent puis disparaissent au fur et à mesure que l'état démentiel s'aggrave. Le malade meurt finalement, par évolution rapide de la méningo-encéphalite, fin mars 1925.

Observation X. — Un directeur des postes, 41 ans, entre à l'asile le 13 août 1923. P. G. classique avec forme maniaque expansive. Impaludé le 16 août 1923, deux inoculations intra-veineuses néosalvarsan. A la fin des accès, l'agitation se calme en même temps qu'apparaît un état paranoïde hallucinatoire. Les hallucinations se font de plus en plus intenses en même temps que les idées de grandeur se réduisent, se corrigent, et que la conscience morbide apparaît. Le tableau clinique est celui d'un délire chronique des persécutions : le sujet prétend avoir été interné par la jalousie de son frère et de son beau-frère, qui ont soudoyé des gens. Ceux-ci lui ont fait des injections dans le bras pour le rendre malade, sans savoir se servir d'une seringue. Il entend

des voix par xylophone, appareil basé sur la T. S. F. Autrefois ces voix étaient soit insolentes, soit flatteuses « le plus grand maître chanteur, patineur », aujourd'hui elles sont exclusivement menaçantes et vexantes « canaille, vérolé ». Elles lui répètent les pensées et les paroles qu'il tenait quand il voulait se marier avec 14 femmes et donner des autos à tout le monde. Au début, dit-il, il a eu des visions : soldats allemands, tête de cheval, tête de femme sur le mur.

Se plaint actuellement d'idées de persécution et d'influence systématisées ; tout le monde lui en veut, il se sent influencé, on se sert de lui comme médium. Pas de troubles du calcul ni de l'écriture. Rentre plus calme à la maison le 6 février 1924 ; se montre toujours méfiant, renfermé, inabordable, quérulant, entendant des voix menaçantes. Ramené quelques jours après à la clinique, amélioration de plus en plus grande au grand point de vue intellectuel, mais déprimé, halluciné, troubles du goût (les aliments ont changé de saveur), secousses électriques dans les jambes, sensation de chaleur dans le côté droit du corps, interprétations (on a changé les clefs de son appartement, on ne lui donne plus ses appointements exacts). Ce malade est définitivement resté dans le même état paranoïde hallucinatoire chronique, sans dysarthrie, avec une amélioration progressive des réactions du L. C.-R. et du sang.

⁂

On a très rarement étudié les cerveaux des P. G. délirants hallucinés. Disons cependant que l'examen histologique a montré des modifications plus accusées dans le lobe temporal. En se basant sur l'existence connue d'hallucinations auditives au cours des affections de ce lobe, Gerstmann a pensé qu'un certain rapport pouvait exister entre les modifications pathologiques de l'écorce du lobe temporal et les formes hallucinatoires des P. G. traités par la malaria. Jakob a émis la même hypothèse. Hermann et Herrnheiser ont montré que chez les paralytiques généraux, présentant au cours du traitement des manifestations paranoïdes hallucinatoires, l'image radiologique révélait par l'encéphalographie une atrophie particulièrement développée du lobe temporal. Ils n'ont pas vérifié le fait anatomiquement. Gerstmann a eu l'occasion d'autopsier un P. G. impa-

ludé qui avait eu, deux ans avant la mort, un délire systématisé hallucinatoire. Il a constaté une atrophie temporale gauche extrêmement nette, surtout développée dans la circonvolution de HENSCHL.

Cette localisation du processus paralytique au niveau du lobe temporal chez les malades à délire fixé et dans les cas à rémission nette a une extrême importance. Elle apparaît comme un phénomène accessoire ou comme la transformation de l'affection cérébrale qui, de grave, deviendrait plus bénigne. Le déplacement du siège de la lésion est très manifeste dans les cas de P. G. en rémission. Il ne s'agit pas ici d'une lésion banale du lobe temporal (1).

On a pu constater, d'après un certain nombre d'observations, que le délire systématisé hallucinatoire des P. G. traités ressemble singulièrement aux soi-disant pyschoses tabétiques avec leurs troubles psycho-sensoriels démentiels, ainsi qu'aux hallucinations syphilitiques de PLAUT et à la forme paranoïde de la syphilis cérébrale (KRÆPELIN). La genèse de ces deux dernières psychoses à base de spécificité cérébrale n'est pas encore démontrée au point de vue anatomique ; elle apparaît cependant comme indubitable cliniquement. KRÆPELIN considère le substratum anatomique des psychoses paranoïdes syphilitiques comme liées à une endartérite spécifique de l'écorce. Cette pathogénie est identique à celle des psychoses tabétiques. Dans celles-ci, les recherches anatomiques et histologiques de JAKOB et autres auteurs ont fait connaître que les lésions diffèrent essentiellement de celles de la P. G. et ressemblent à celles de la syphilis cérébrale avec un processus inflammatoire ou non (endartérite syphilitique). Considérant la grande rareté des manifestations hallucinatoires paranoïdes dans la maladie de Bayle et leur fréquence chez les paralytiques généraux en rémission, au cours d'un traitement infectieux — éventuellement même rémis-

(1) GERSTMANN. — *Traitement de la P. G. par la malariathérapie.* Vienne, 1928.

sion spontanée — on doit attacher une certaine importance à leur ressemblance avec les hallucinations des syphilitiques et des malades atteints de syphilis cérébrale ou de tabes. De plus, dans les deux ordres de faits, ainsi que l'explique GERSTMANN, on retrouve le même tableau clinique, la même absence de spirochètes dans le cerveau, les mêmes réactions sérologiques négatives, la même endartérite spécifique des petits vaisseaux de l'écorce (ALZHEIMER, NISSL, JAKOB).

Etant donné la transformation des troubles mentaux des P. G. traités en une manifestation délirante non habituelle, il est permis de supposer que l'infection paludéenne a modifié le mécanisme pathogénique du processus paralytique. L'action favorable du parasite consisterait dans un changement de la méningo-encéphalite en une simple réaction syphilitique moins grave du système nerveux. PÖTZL partage la même opinion. Nous conclurons donc en disant que la malariathérapie transforme le tableau clinique de la P. G. en un tableau de syphilis cérébrale plus accessible au traitement. Cette modification est encore corroborée par le fait, mis par nous en évidence dans une récente communication (1), à savoir que, dans le L. C.-R. des paralytiques généraux, la courbe paralytique de la réaction de l'or et du benjoin colloïdaux devient le plus souvent, après traitement, une courbe de syphilis cérébrale ou de syphilis latente.

DISCUSSION

M. Henri CLAUDE. — On peut distinguer les délires qui se produisent pendant le traitement par l'impaludation et ceux qui apparaissent après l'impaludation.

Il est commun d'observer des états délirants aigus avec état confusionnel, hallucinations, agitation, excitation verbale et motrice, pendant la période fébrile. Il y a vraisemblablement des délires qui sont en rapport avec les modifications histologiques aiguës qui se

(1) LEROY et MÉDAKOVITCH. — Les réactions biologiques chez les P. G. traités par la malaria. *Société médico-psych.*, mars 1929.

produisent aussi bien au niveau des méninges que de la corticalité cérébrale.

Bien souvent ces délires s'atténuent après la chute de la température et disparaissent dans les semaines qui suivent, en même temps qu'on institue le traitement arsenical ou bismuthé.

Les délires qui surviennent après la période fébrile sont assez différents dans leur aspect clinique et leur évolution : parfois, il s'agit d'un délire doux, avec un peu d'agitation motrice et psychique, mais ce délire rappelle habituellement, soit des manifestations délirantes qui existaient déjà avant l'impaludation, soit ces délires monotones que l'on observe chez les paralytiques généraux habituellement, même en dehors du traitement.

Ces délires sont quelquefois d'une évolution assez lente ; ils s'accompagnent parfois d'un état hallucinatoire également léger, toujours assez monotone et ils finissent par rétrocéder quelquefois au bout de plusieurs mois, en même temps que l'état général s'améliore.

J'ai observé plusieurs cas dans lesquels on était tenté de porter un pronostic fâcheux, précisément en raison de l'exacerbation d'un délire ancien ou de l'apparition d'un délire chez un sujet qui en paraissait indemne avant l'incubation. Le pronostic paraissait assez sombre, et cependant, sous l'influence du traitement, on a vu se résoudre peu à peu ce délire, en même temps que l'état psychique du sujet s'affirmait chaque jour meilleur.

Il y a d'autres cas dans lesquels on assiste à l'apparition dune véritable psychose hallucinatoire, comme M. Leroy nous en a présenté des cas, et qui semble s'organiser de plus en plus d'une façon définitive. Dans ces cas, bien que l'état général soit relativement bon, les signes de paralysie générale persistent, et on a l'impresssion que la psychose hallucinatoire évolue à côté d'une paralysie générale fixée.

La question qui se pose est de savoir dans quelle mesure la paralysie générale est cause de cette psychose

hallucinatoire ou si elle ne se serait pas développée indépendamment de la maladie.

Enfin, il y a des cas dans lesquels l'aspect est beaucoup celui d'une pychose paranoïde avec un état délirant confus, incohérent, des hallucinations variables, inconsistantes et dans lesquelles on assiste à un fléchissement progressif des facultés intellectuelles. Certains cas même, comme je l'ai déjà indiqué, évoluent nettement vers une chizophrénie avec apparence catatonique. Or, il n'est pas démontré que ces états psychopathiques soient sous la dépendance de la malariathérapie. On les observe plus particulièrement dans les cas où la paralysie générale paraît être fixée ou paraît même avoir rétrocédé, et où les réactions humorales tendent à devenir de moins en moins accusées.

Ces diverses manifestations délirantes passagères, ou à évolution progressive, peuvent être expliquées par les réactions locales que l'on a constatées au cours du traitement malarique ou après ce traitement, soit par des examens biopsiques, soit par des examens histologiques.

De nombreux travaux qui ont porté sur les lésions du cerveau au cours de la malariathérapie et après, et dont les plus importants sont ceux de Jakob, Kaltenbach, Kirchbaum, de Nakamoura, de Richard Wilsonn, de Ferraro, nous ont montré que dans les semaines qui suivent la malariathérapie, il existe encore un processus paralytique accentué, avec prolifération névroglique, accroissement du fer dans la paroi des vaisseaux, présence de nombreux macrophages, expression d'une activité phagocytaire augmentée. Après cette période, il y a une amélioration graduelle, aussi bien dans les réactions méningées que dans les réactions névrogliques et même une sorte de reconstitution des fibres corticales et des cellules nerveuses. Mais évidemment ce remaniement ne va pas sans certains accidents et cela explique que si le traitement chimique n'est pas continué après l'action de la malariathérapie, il puisse y avoir encore un certain nombre de modifications inflammatoires, et même de cicatrices cortico-ménin-

gées, qui rendent compte des états délirants soit de la période aiguë, soit de la période consécutive à la malariathérapie. D'ailleurs, nous savons que dans les cas de rémission spontanée de la paralysie générale, on peut observer un arrêt de l'évolution paralytique, mais avec persistance de certaines idées délirantes et conservation d'un état général assez bon. A cet égard, j'ai rapporté antérieurement le cas d'un sujet qui, paralytique général avéré, avec ponction lombaire positive, s'était amélioré à tel point que les ponctions lombaires faites plus de 10 ans après la période aiguë étaient absolument négatives. Mais cet homme était devenu et demeure un schizophrène catatonique absolument typique.

On voit donc en somme que la malariathérapie, si elle peut être rendue responsable des états délirants aigus de la période fébrile d'impaludation, ne peut-être mise en cause dans les accidents délirants qui suivent la période fébrile, lesquels sont simplement l'expression soit de l'évolution de la paralysie générale, alors que le traitement a été inefficace, soit de séquelles encéphalo-méningées, d'une sorte d'état cicatriciel qui peut se produire dans tout processus évolutif aboutissant à la fixation ou à la guérison.

Sur certaines modifications du liquide céphalo-rachidien dans la confusion mentale, la démence précoce, la dépression mélancolique.

par M. A. Courtois (1)

(1) En raison de son étendue, cette communication paraîtra sous forme de mémoire dans les *Annales médico-psychol.*

Le test du « Néo-intellect ». Les troubles du contrôle de « l'action » et des réactions du système nerveux central chez les déments précoces.

par H. BARUK (de Paris) et H. DE JONG (d'Amsterdam)

Dans une série de travaux antérieurs, l'un de nous (de J.) (1). a exécuté des expériences de psychologie expérimentale et comparée sur l'intelligence des animaux (notamment des chiens), sur celle des nourrissons, des enfants, ainsi que dans l'idiotie et dans certains états démentiels. Il a montré, en concordance avec des faits déjà publiés par Thorndike (2), que les animaux, malgre les actes très compliqués qu'ils peuvent exécuter par l'instinct ou par le dressage, sont dans l'impossibilité de réagir d'une façon adéquate à une situation tout à fait nouvelle, même lorsque la variation est minime. Il a pu observer ensuite qu'on retrouvait un comportement identique dans certains cas d'idiotie aux stades les plus bas, chez les nourrissons jusqu'à environ l'âge d'un an et demi, et dans un cas d'agnosie totale. En raison de ces caractères phylogéniques et ontogéniques, il a considéré ce type de réaction psychique comme la manifestation de ce qu'il a désigné sous le nom de «palãeo-intellect ».

Par contre l'adulte normal, l'enfant au-dessus de un an et demi, et même certains cas d'états démentiels qu'il a examinés à l'aide de ce test (démence sénile, paralysie générale avec conservation de la parole) ont montré dans ces épreuves des réactions bien adaptées,

(1) H. DE JONG. — Recherches sur la formation d'idées chez le chien. *Arch. Néerl. de Physiol.*, t. III, 4e livr , p. 419, 1919. — Essential limitation and subdivision of Idiocy on a comparative psychological basis. *The Journ. of nervous and mental diseases*, 1921. *Palaeo en Neo Intellect. Psych. en neurol. bladen*, 1924. Totale Agnosie als Ausserung von palaeo Intellect. *Deutsche Zschrft. fur Nervenheilkunde*, 1927.

(2) EDWARD L. THORNDIKE. — *Animal Intelligence*, New-York, 1911.

et qu'il a considérées comme la manifestation d'un «néo-intellect ».

D'autre part l'un de nous (B.) se basant sur le caractère automatique, mécanique et inadapté des réactions des déments précoces, a pensé qu'il serait intéressant de pratiquer avec la même technique chez ces malades les épreuves du palaeo et du néo-intellect.

Parmi les différents tests, nous avons choisis l'épreuve suivante de la cage utilisée déjà dans l'application chez l'homme des méthodes de la psychologie animale.

Chez l'animal, cette épreuve est exécutée de la façon suivante : on place un chien dans une grande cage qui a la forme d'un cube, et dont les parois sont à claire-voie et formées de barreaux de bois, l'une des parois pouvant être ouverte à l'aide d'un clapet en bois (cage de Thorndike). Le chien, attiré hors de la cage par la vue d'un morceau de viande, commence à en gratter plus ou moins longtemps les barreaux avec ses pattes. A un moment donné, et cela par hasard, ses pattes viennent heurter le clapet (méthode de trial and error.). La porte s'ouvre alors, et la récompense suit. On répète alors l'expérience, et peu à peu l'animal arrive à ouvrir immédiatement la porte. Mais ce n'est que du dressage : tournons en effet la cage de 90° ; le chien, au lieu de chercher le clapet à sa nouvelle place, continue d'exécuter en vain des tentatives d'ouverture du côté où était situé le clapet dans les expériences précédentes.

Pour appliquer cette épreuve à la psychologie humaine, on a fait construire une cage plus petite, du même modèle, que l'on peut ouvrir du dehors à l'aide d'un crochet.

Voici les résultats que nous avons obtenus dans neuf cas de démence précoce que nous avons étudiés, dans le service du Dr Jacques Baruk, à l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire, près d'Angers.

Observation I. — Toub..., 29 ans. Démence précoce ayant débuté à l'âge de 15 ans : apathie, immobilité, passivité, hallucinations par intervalles, stéréotypies continuelles (frottement des doigts).

I. Le malade ouvre immédiatement la cage dès qu'on lui demande.

II. On tourne la cage de 90°. On lui demande de l'ouvrir. Le malade fait un faux mouvement presque sans regarder, il cherche le crochet, le trouve immédiatement. Il tourne un peu la cage et l'ouvre sans aucune hésitation.

Conclusion : Epreuve normale.

Observation II. — Bourr..., 36 ans. Démence précoce avec affaiblissement psychique, diminution de l'attention, indifférence, discordance (rires sans motifs), quelques idées déli-



rantes, incohérentes. Début à l'âge de 12 ans. Interné depuis 1921.

I. On lui demande d'ouvrir la cage. Il cherche et l'ouvre immédiatement.

II. On tourne la cage de 90° sans qu'il s'en aperçoive. On lui demande de l'ouvrir. Il cherche, et l'ouvre immédiatement.

Epreuve normale.

Observation III. — Gall... R., 26 ans. Etudiant en droit. Démence précoce avec alternatives d'excitation et d'apathie, troubles de l'attention, stéréotypies, rires immotivés, indifférence.

I. Il ouvre immédiatement la cage.

II. On tourne deux fois la cage de 90°. Il l'ouvre chaque fois très facilement.

Epreuve normale.

Observation IV. — Desh..., 31 ans.

Démence précoce avec incohérence, idées vagues de persécution, de grandeur. Apathie, indifférence.

I. Il ouvre immédiatement la cage.

II. On tourne la cage de 90°. Il cherche et dit : « Ici, ça ne se peut pas ». Il cherche de nouveau et finit par ouvrir.

Epreuve normale.

Observation V. — Rich..., 27 ans.

Démence précoce avec idées délirantes, incohérentes, hallucinations auditives, apathie, stéréotypies.

I. Ouvre bien la cage.

II. Après rotation de 90°, l'ouvre aussitôt.

Epreuve normale.

Obs. VI. — Four..., 52 ans.

Démence précoce à début ancien. Le malade est interné depuis 1893. Etat démentiel en apparence très avancé : le malade ne parle presque pas spontanément, répond à peine, mouvements stéréotypés. Quelques idées d'influence : « on lui prend les intestins, on lui fait avaler du mercure ».

I. On lui demande d'ouvrir la cage. Tout d'abord il refuse, il veut s'en aller. Comme on insiste, il commence de chercher, s'arrête, et veut s'en aller de nouveau. « Je ne suis pas adroit, dit-il, dans les affaires humaines. » On lui demande encore d'ouvrir. Il regarde avec attention le crochet, mais ne fait rien.

On a l'impression qu'il comprend très bien le mécanisme. Il cherche un moment, considère le crochet, mais c'est tout.

Obs. VII. — Lab..., 28 ans.

Démence précoce, avec affaiblissement psychique, négativisme, semi-mutisme, stéréotypies d'attitudes et de mouvements, rires sans motifs, impulsions violentes.

I. Il ouvre la cage immédiatement.

II. On tourne la cage de 90°. On lui demande de nouveau de l'ouvrir. *Il cherche d'abord en vain, et tire sur divers barreaux. Il fait des efforts multiples* et ce n'est qu'après un certain temps qu'il tombe sur le crochet, et ouvre la cage.

Ce malade réussit donc finalement à ouvrir la cage, il s'agit donc de réactions du néo-intellect. Mais c'est par hasard et après des tiraillements multiples et désordonnés sur les barreaux, qu'il arrive dans la seconde partie de l'épreuve à trouver le crochet.

Obs. VIII. — Séch..., 75 ans.

Démence précoce, ayant débuté à l'âge de 17 ans par un accès maniaque atypique, suivi d'hallucinations de l'ouïe, et de la vue, d'idées délirantes incohérentes de persécution. Incohérence marquée. Le malade est interné depuis 1895.

Le malade se présente immobile, le chapeau sur la tête, les mains pressées l'une contre l'autre ; il ne répond aux questions que par des grognements.

I. On lui demande d'ouvrir la cage. Il grogne, crie, jure, et persiste dans son état d'immobilité. On lui prend alors sa cravate, et on la met dans la cage. Il se précipite aussitôt sur la cage disant : « donnez-moi ma cravate » ; il ouvre la cage avec une grande rapidité, et reprend sa cravate.

II. On tourne la cage de 90° et on répète l'expérience précédente. Il ouvre très rapidement la cage et prend la cravate.

Donc, ce malade atteint d'un état démentiel accentué, et très ancien, semble d'abord ne pas vouloir réagir. Mais si on excite son intérêt en lui enlevant sa cravate, il réussit parfaitement l'épreuve.

Obs. IX — Lav..., 38 ans.

Démence précoce avec mutisme, négativisme, stéréotypies, gâtisme. Interné depuis 9 ans.

I. On lui demande d'ouvrir la cage. Il ne fait rien, et continue de se frotter les mains.

II. Même résultat.

III. Même résultat.

IV. On lui montre un gâteau, et on le met dans la cage. Le malade se précipite alors, et se met à tirer sur les barreaux d'une façon désordonnée.

V. On lui montre alors le mécanisme d'ouverture de la cage.

VI. Il tire encore sur les barreaux comme dans l'expérience IV, mais à un moment donné il voit le crochet. Il ouvre alors aussitôt la cage avec une grande sûreté d'exécution. Il prend le gâteau, et en mange un morceau.

VII. Après avoir remis le gâteau dans la cage, on tourne la cage de 90°. Le malade tire sur les barreaux de façon désordonnée et n'arrive pas à ouvrir la cage.

VIII. Il continue de tirer sur les barreaux.

IX. On fait tourner la cage devant lui. Il tire toujours sur les barreaux.

X. Tout d'un coup il voit le crochet. Il ouvre aussitôt la cage.

Ainsi donc dans les cas de démence précoce que nous avons étudiés à l'aide de ce test nous n'avons pas trouvé de réactions appartenant au type du palaeo intellect ; dans l'ensemble en effet les malades arrivent à exécuter l'épreuve.

Toutefois on peut noter dans cette exécution des différences et certaines particularités : tantôt l'épreuve est faite normalement, et même dans un cas (le n° 8) son exécution parfaite contraste avec l'apparence clinique d'une démence extrêmement profonde et ancienne, le malade étant interné depuis plus de 33 ans.

D'autres malades n'exécutent pas l'épreuve parce qu'on ne peut pas attirer leur attention, mais on peut se rendre compte qu'ils en ont compris le mécanisme (voir le n° 6).

Cependant, chez certains malades, on arrive facilement à exciter leur intérêt en plaçant dans la cage des objets qu'ils désirent vivement, par exemple un gâteau, ou une cravate. On voit alors des réactions extrêmement vives dans le but d'ouvrir la cage, mais elles sont désordonnées, mal adaptées, et, quoique le but soit finalement atteint, il ne l'est que péniblement. Ces faits sont à rapprocher de certaines réactions émotives qu'on peut observer chez les déments précoces. L'un de nous (B.) a vu deux hébéphréno-catatoniques, qui, quelques jours après avoir subi une ponction lombaire, se mettaient à la simple vue d'une aiguille à trembler violemment, claquant des dents, devenant très pâles, et offrant l'aspect d'une émotion extrême, l'un d'eux disant « moi peur, moi peur ». Il semble qu'en pareil cas la vivacité des réactions soit un obstacle à la combinaison d'un acte compliqué et adapté.

On explique en général la plupart des manifestations de la démence précoce par des troubles électifs de « l'affectivité ». On attribue la plupart des symptômes à l'atteinte de l'élan, de la source d'énergie. Nous croyons que ce qui est plutôt troublé en pareil cas, c'est le *contrôle des réactions*. A ce point de vue certaines des réactions psycho-motrices des déments précoces répondent à des processus qui sont comparables à

ceux qui interviennent dans d'autres phénomènes moins complexes au cours d'atteintes du système nerveux central. Considérons par exemple ce qui se passe dans les tremblements : l'un de nous (1) a montré que toutes les variétés de tremblements sont consécutives à des excitations ; mais à l'état physiologique ces excitations pour être efficaces doivent être très intenses, et l'on n'obtient en pareil cas de tremblement qu'à la suite de violents efforts musculaires ou de vives émotions. A l'état pathologique au contraire, le moindre stimulant suffit à provoquer ou à accentuer le tremblement. Le moindre effort, la moindre émotion peuvent par exemple dans certains cas de parkinsonisme provoquer une crise de tremblements. Tout se passe comme si en pareil cas le seuil de production du tremblement était très abaissé. X L (2).

Considérons maintenant ce qui se passe dans la démence précoce où il s'agit non plus de phénomènes moteurs, mais de phénomènes psycho-moteurs : le malade, attiré par un objet qu'il désire vivement, cherche à ouvrir la cage. Pour trouver le mécanisme d'ouverture rapidement, il lui serait nécessaire de maîtriser quelque peu l'impulsion initiale, afin de chercher méthodiquement la place nouvelle du clapet. C'est ce qui se passerait à l'état physiologique. Le malade au contraire se précipite brusquement sur la cage et ne l'ouvre qu'avec plus de difficultés. Tout se passe en pareil cas comme si le seuil des réactions psycho-motrices était abaissé.

De même, la vue d'une aiguille chez un malade qui avait subi antérieurement une ponction lombaire, provoque une association et un rappel de souvenirs pénibles. Mais à l'état physiologique, ce rappel ne donnerait pas lieu à des réactions. Chez notre hébéphréno-catatonique au contraire, cette association est suivie immédiatement de réactions violentes et incoercibles

(1) De Jong.

(2) Voir p. ex. H. de Jong. Phénomènes rythmiques du système nerveux normal et malade. *Revue neurologique*, mars 1928.

de la peur. De tels faits ne s'expliquent ni par un trouble de l'affectivité, ni par un trouble des associations, comme on l'admet en général. L'un de nous (1) (B.) a d'ailleurs insisté avec M. Morel sur la conservation excellente des associations dans la démence précoce. C'est seulement le contrôle de ces associations qui est touché en pareil cas. Il serait d'ailleurs nécessaire de préciser la notion encore bien vague et quelque peu métaphysique d'affectivité, et son rôle exact dans l'activité volontaire: la plupart des auteurs tendent à conférer à l'affectivité le rôle principal dans l'activité et le comportement et par suite à expliquer les réactions étranges des déments précoces d'une façon subjective, en attribuant à ces malades des préoccupations affectives qui n'ont jamais été prouvées.

Dans un livre récent, M. Jarkowski (2) a insisté sur le fait que si « l'élément affectif est intimement lié à l'élément moteur ». il est insuffisant à expliquer complètement l'acte volontaire. « Nous croyons, écrit-il, que ces réactions affectivo-motrices représentent le *primum movens* de la motilité volontaire, et pour fixer les idées, nous appellerions volontiers la fonction qu'elles remplissent « proto énergie ». La protoénergie serait à la base de tout acte, en constituerait pour ainsi dire le contenu. Mais les réactions qui la composent *violentes et aveugles, dépasseraient souvent leur but* et, *au lieu de protéger l'individu,* elles lui *seraient nuisibles.* C'est là que doit intervenir le système de contrôle, de frénation, soumis aux centres supérieurs, centres corticaux, développés, d'après la belle image de Sherrington, sous l'influence des percepteurs à distance. » Les faits que nous venons de rapporter chez les déments précoces illustrent bien l'importance de ce système de contrôle de

(1) H. Baruk et F. Morel (de Genève). — Contribution à l'étude de la psychologie et de la physiologie pathologique de l'hébéphrène catatonie ; les phénomènes de libération et d'automatisme psychique et psycho-moteur dans cette affection. *Annales méd.-psychol.*, juin 1928.

(2) Jarkowski. — *Kinésie paradoxale des parkinsoniens. Contribution à l'étude du mécanisme de la mobilité volontaire* Paris, Masson, 1925, p. 67.

frénation. Par contre, il nous semble difficile de préciser la notion de protoénergie aussi bien que celle d'affectivité. Il nous semble qu'il serait préférable d'essayer de substituer à de telles notions, celle d'une conception physique et physiologique, telle que l'un de nous l'a déjà appliquée aux phénomènes rythmiques du système nerveux central.

Suivant cette conception la plupart des manifestations nerveuses sont consécutives à des stimulations extérieures. Ces stimulations extérieures déterminent dans le système nerveux des modifications dynamiques, des « déplacements d'énergie » que nous avons désignés sous le nom « d'action ». Ces déplacements d'énergie donnent lieu à des réponses, à des « réactions » qui au fur et à mesure qu'on s'élève dans les fonctions du système nerveux sont de plus en plus retardées. Au bas de l'échelle, la réaction est immédiate et constante. C'est le réflexe. Au fur et à mesure qu'on s'élève, les réactions deviennent plus complexes, et plus ou moins conditionnées. Enfin, à un moment donné, les réactions deviennent encore beaucoup plus retardées, imprévisibles, et se modifient d'une façon adaptée. Il intervient alors un *processus nouveau*, caractérisé non seulement par un pouvoir de rétention et de *contrôle* de l'énergie, mais encore par un pouvoir *de sélection* en vue d'une réaction adaptée. Ce sont ces processus les plus fins de contrôle et de sélection qui nous paraissent surtout atteints dans la démence précoce. Cette atteinte se traduit par des perturbations du seuil des réactions psycho-motrices qui est tantôt abaissé (impulsions), tantôt élevé (apathie) mais qui n'est plus adapté.

Ces fonctions de sélection et de contrôle représentent les fonctions cérébrales les plus élevées, comme l'a montré Sherrington (1). Ce sont elles qui sont touchées dans la démence précoce, et à ce point de vue il nous

(1) We thus, from the biological standpoint, see the cerebrum and especially the cerebral cortex as the latest and highest expression of a nervous mechanism which may be described *as the organ of and for the adaptation of nervous reactions* (Sherrington. The integrative action of the nervous system).

semble intéressant d'étudier en pareil cas le seuil des réactions psycho-motrices (1), et de comparer leurs perturbations à celles du seuil de décharge de phénomènes moteurs plus simples telles qu'on peut les observer au cours d'autres altérations organiques cérébrales.

M. JANET. — La communication de M. Baruk est très intéressante ; elle a trait à un problème auquel la psychologie moderne réserve une place très importante ; il s'agit de l'étude de l'adaptation nouvelle, c'est-à-dire de la faculté de faire face aux situations nouvelles. La « psychologie de la forme » des psychologues allemands a trait, en partie, au même problème.

La séance est levée à 18 h. 30.

Les Secrétaires des séances,
P. GUIRAUD, E. MINKOWSKI.

(1) L'étude expérimentale des variations du seuil des réactions psycho-motrices peut d'ailleurs être faite chez l'animal grâce à l'intoxication par la bulbocapnine. (Voir à ce sujet DE JONG et BARUK. Etude comparative expérimentale et clinique des manifestations du syndrome catotonique. *Revue neurol.*, janvier 1929, n° 1, p. 21.)

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

NEUROLOGIE

L'Homme debout. Régulation de la Statique, ses troubles, par le Professeur Jules FROMENT. (1 brochure, in-8°, 40 pages, *Imprimerie Audin*, Lyon, 1928).

Après avoir, sous une forme originale et vivante, exprimé les remerciements et les éloges traditionnels, tout en marquant les étapes de son brillant passé médical, le Professeur Jules Froment, a consacré sa leçon inaugurale du Cours de Pathologie interne de la Faculté de Médecine de Lyon, à l'étude d'un problème auquel il a déjà consacré d'importants travaux.

Comment peut-on se représenter la régulation et le déréglement du mécanisme nerveux qui régit la station debout

La station debout est, dans tous ses éléments, un phénomène actif, puisqu'elle implique l'état de veille. L'homme ne tient pas debout, il s'y maintient par sa musculature. La station debout, apparemment immobile, est une microcinétique, avec mouvements constants, mais de faible amplitude, parce que contenus, avec discrètes et incessantes corrections.

L'homme est plus fait pour le mouvement que pour la station. Les pièces qui constituent son squelette, élastiquement liées, forment entre elles des angles obtus. L'équilibre debout, en station comme en marche, dépend de synergies musculaires multiples et variables, dont seules les prédominantes ont une relative constance.

La station debout, immobile, même dans l'attitude habituelle, représente pour l'homme le maximum de fatigue. Pour maintenir à moins de frais notre équilibre, nous ne cessons de nous déséquilibrer. L'homme qui, debout, croit rester immobile, présente d'incessantes oscillations. Les attitudes statiques habituelles sont celles qui entraînent le moins de

fatigue parce qu'au cours d'un long usage nous avons appris à les tenir avec un minimum d'effort. Ce sont les « efforts statiques à minima », devenus involontaires et inconscients, que l'on dénomme « tonus de posture ». L'effort statique a minima comporte lui-même des contractions musculaires. Du minimum au maximum d'effort de stabilisation, il y a des gradations insensibles. Tout se passe comme s'il y avait non pas un seul, mais deux groupes de mécanismes statiques indépendants et jumelés, un pour chaque côté.

Les réflexes statiques supérieurs sont fixes et stéréotypés ; s'ils ne sont pas innés, du moins l'hérédité en facilite-t-elle grandement l'acquisition. L'étude du sommeil montre que les réflexes statiques les plus complexes, tout comme les réflexes conditionnels, sont des réflexes très élevés, des réflexes cérébraux.

Le Professeur Froment termine cet important exposé en proposant la classification suivante des troubles du mécanisme régulateur de la statique :

1° états dus à la perturbation des éléments sensoriaux-sensitifs qui renseignent le centre des réflexes statiques supérieurs (lésions de l'appareil labyrinthique, otolithique, ataxie, etc.) ;

2° paralysie de tout ou partie des muscles qui collaborent à la statique ;

3° lésions de l'appareil cérébelleux ;

4° états dits spasmes de torsion, spasmes d'action, dystonies d'attitude ;

5° états parkinsonniens qui décèlent une perturbation profonde du mécanisme régulateur de la statique, états dont le caractère dystasique a été mis en évidence par M. Froment en attirant l'attention sur les variations de la roue dentée et sur les variations de la rigidité en fonction de l'attitude. Tout se passe ici comme s'il y avait régression de la fonction statique et dissolution progressive, tout au moins partielle, des réflexes qui l'assurent.

René CHARPENTIER.

NEURO-PSYCHIATRIE

Mémoires de l'Hôpital de Juquery. (*S. Paulo, Brésil*). Anno III-IV, numéros 3-4. (1 vol. in-8°, 242 pages, S. Paulo, 1926-1927).

Ce volume, dédié au Professeur Franco da Rocha, à l'occasion de son jubilé scientifique, contient des travaux de

M. Pacheco e Silva, sur la *Spirochétose des centres nerveux ;* de MM. Pacheco e Silva et J. Candido da Silva, sur la *Présence des tréponèmes dans le nerf optique ;* de MM. Pacheco e Silva et Leopoldino Passos, sur la *Malariathérapie de la paralysie générale ;* de MM. Osorio et E. Pinto Cesar, sur un *Psammome de la dure-mère ;* de M. André Teixira Lima, sur la *Constitution dans la démence précoce et la psychose maniaque-dépressive ;* de MM. Pacheco e Silva et Fausto Guerner, sur un cas d'*Amyotrophie de type Aran-Duchenne avec troubles mentaux ;* de MM. Duwal Marcondes et Osorio Cesar, sur deux cas de *Stéréotypie graphique avec symbolisme sexuel.*

MM. Pacheco e Silva et Leopoldino Passos concluent que la *malariathérapie* constitue, à l'époque actuelle, la ressource la plus puissante dont nous disposons pour combattre la paralysie générale.

René Charpentier.

THÉRAPEUTIQUE

L'Hygiène de l'attention par la méthode de l'autorégulation consciente, par le Dr Ruiz Arnau. (1 vol. in-16, 292 pages, 19 figures, Gaston Doin, édit., Paris, 1928).

Sous ce titre, l'auteur propose une technique d'éducation de l'attention appliquée primitivement à l'asthénopie et qu'il étend maintenant à tous les désordres dus au surmenage musculaire.

Il étudie la fréquence du rythme subconscient, la façon pratique d'utiliser la mémoire auditive, le caractère oscillatoire de l'attention volontaire, l'asthénopie, la prophylaxie des troubles visuels à l'école, l'hygiène de l'attention, etc.

Travail destiné aux oculistes, aux pédagogues et aux médecins.

René Charpentier.

Les rayons ultraviolets, par E. et H. Biancani (1 vol. in-8°, 218 pages, Gauthier-Villars, édit., Paris, 1928).

Destiné aux étudiants et aux praticiens, ce livre contient les principales données nécessaires à l'étude de l'actinothérapie.

La première partie traite de l'émission, de l'analyse, de la mesure des rayons ultraviolets, de leur action physico-chimique et biologique.

La seconde partie, consacrée à leur action thérapeutique,

indique les appareils médicaux, la technique générale des irradiations et donne les indications et les résultats de la thérapeutique, par les rayons ultraviolets.

Les chapitres les plus importants sont consacrés aux maladies des nourrissons et des enfants, à la tuberculose, aux maladies de la peau et du cuir chevelu.

Parmi les maladies du système nerveux auxquelles l'actinothérapie a été appliquée figurent les névralgies et névrites, la paralysie infantile, la sclérose en plaques, la syringomyélie, le tabes, les séquelles de l'encéphalite épidémique, l'épilepsie, la chorée, certaines affections du système sympathique. On en a tenté également l'emploi dans les états neurasthéniques, dans l'insomnie, chez les hypomaniaques, les hystériques.

René CHARPENTIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 15 avril 1929

Traumatisme, confusion mentale profonde avec amnésie consécutive, délire systématisé de persécution par interprétations, état maniaque secondaire, par MM. LEROY et MÉDAKOVITCH. — Les auteurs présentent un malade ayant fait en 1921 un grave traumatisme de la tête avec confusion mentale consécutive et amnésie antéro-rétrograde. Sorti au bout de quelques semaines de cette période confusionnelle, le malade s'est montré tout surpris de se trouver dans un asile, ignorant la cause de son internement. Ne pouvant comprendre cette lacune dans son existence, il en a cherché la raison d'être et a cru la trouver dans l'hypothèse d'un narcotique absorbé. C'est cette amnésie qui semble avoir été le point de départ de tout un système délirant à base d'interprétations. Il ne s'est jamais révélé sous l'aspect d'un paranoïaque constitutionnel. L'idée prévalente détermine souvent un état maniaque secondaire avec agitation colé-reuse, ironie, obscénités.

Indications et contre-indications de la malariathérapie chez les paralytiques généraux, par MM. LEROY et MÉDAKOVITCH. — Présentation de quelques paralytiques généraux avant leur traitement par la malariathérapie. Ils donnent à cette occasion des directives pour l'indication et la contre-indication de l'impaludation. Au point de vue du malade, un sujet affaibli doit être soigné par une cure en deux temps ou par accès atténués. Le rein et le foie doivent être indemnes. L'aortite n'est pas une contre-indication pas plus que l'insuffisance mitrale ou aortique. L'extra-systolie, l'arythmie permanente, l'hypertension, l'anévrisme et le rétrécissement mitral présentent du danger. La tuberculose en général, n'est pas un obstacle. Au point de vue de l'affection elle-même, presque tous les cas sont susceptibles d'être traités avec avantages sauf les formes galopantes, infantiles, juvéniles et séniles.

Un nouveau cas de psychose hallucinatoire de nature encéphalitique, par MM. A. COURTOIS et TRELLES. — Un jeune Russe de 28 ans contracte en 1919 l'encéphalite épidémique. Parkinsonisme léger depuis 1925, avec prédominance crurale gauche. Hallucinations multiples surtout auditives depuis 1927. Actuellement hallucinations continues. Délire polymorphe, idées de grandeur, de force, de transformation corporelle, de négation, délire de zoopathie interne. Allure archaïque du thème délirant qui paraît peu consistant. Inactivité complète, indifférence.

Démence précoce. Atteinte poliomyélitique de l'enfance, par M. A. COURTOIS. — Nouveau cas de démence précoce encéphalitique chez un adolescent après une atteinte infectieuse du système nerveux pendant l'enfance. Terrain tuberculeux.

Crises de narcolepsie chez un basedowien fruste, par M. E. FOLLY. — Soldat de 20 ans qui depuis l'âge de dix ans est atteint de crises narcoleptiques ; celles-ci sont survenues à la suite d'un état méningé. Suspension des crises sous l'influence d'un traitement psychique et électrique, puis récidive des crises.

Troubles émotionnels chroniques aboutissant à un accès d'agitation maniaque après un attentat sexuel chez une débile, par M. N. SENGES.

L. MARCHAND.

VARIÉTÉS

LES CONGÉS DE LONGUE DURÉE POUR TUBERCULOSE

(Loi du 30 mars 1929)

« ART. 51. Indépendamment des congés de maladie avec traitement prévus par les lois et règlements en vigueur, il peut être procédé à la mise en congé, avec traitement intégral pendant trois ans, et avec demi-traitement pendant deux ans, de tout fonctionnaire atteint de tuberculose ouverte. Ces congés sont accordés et renouvelés par périodes de six mois, soit sur la demande des intéressés, soit d'office.

« Les bénéficiaires de ces congés devront, sous peine de voir leur traitement suspendu, cesser tout travail rémunéré et se soumettre, sous le contrôle de l'administration, au régime médical que leur état comporte.

« A partir du jour où un fonctionnaire aura bénéficié de ces congés, il ne pourra reprendre ses fonctions que s'il y est reconnu apte.

« A dater de la promulgation de la présente loi, tout candidat à un emploi administratif de l'Etat est examiné par un médecin désigné par cette administration. Son admission ne peut être prononcée que si le certificat médical le reconnaît indemne de toute affection tuberculeuse.

« L'intéressé pourra demander qu'il soit procédé à une contre-visite par deux médecins dont un choisi par lui et l'autre désigné par l'administration. En cas de désaccord, un troisième médecin désigné par les deux premiers arbitrera.

« Des décrets contresignés par M. le ministre des finances détermineront les mesures d'exécution du présent article. »

(*Journal officiel*, 31 mars 1929).

M. le Dr Demay, secrétaire de l'Association Amicale des médecins des Etablissements publics d'aliénés adresse à M. le Ministre de l'Hygiène, au nom du Comité, une lettre demandant que ces dispositions soient applicables aux médecins des Asiles.

Nous rappellerons que depuis 1921 ces mesures sont en

vigueur pour les fonctionnaires de l'Enseignement. Des congés de longue durée pour tuberculose, *ou maladie mentale,* avec traitement intégral pendant trois ans et demi, traitement pendant deux ans, leur sont accordés en vertu du décret du 29 juillet 1921 dont on trouvera le texte complet dans les *Annales Médico-Psychologiques* (1922, t. I, page 271).

CONCOURS DE MÉDECIN DES ASILES D'ALIÉNÉS

Le jury était ainsi composé. Président M. le Dr Santenoise, inspecteur général adjoint des services administratifs. Membres titulaires : MM. le professeur Abadie, Beaudouin, Chocreaux, Delmas, Dubourdieu, Guichard, Levêque. Membres suppléants : MM. Trénel et Wahl. Ce dernier a remplacé comme juge titulaire M. le professeur Abadie, absent.

Questions données au concours : 1° Anatomie : Racines rachidiennes. *Questions restées dans l'urne : a)* Voies motrices ; *b)* Pédoncules cérébraux. 2° Pathologie mentale : Alcoolisme subaigu, symptômes, diagnostic, pronostic. *Questions restées dans l'urne : a)* Anxiété, séméiologie et traitement ; *b)* Troubles mentaux de l'encéphalite épidémique. 3° Pathologie interne ou hygiène hospitalière ; Méningite cérébrospinale. Diagnostic, traitement et prophylaxie. *Questions restées dans l'urne : a)* Symptômes et diagnostic de la pneumonie lobaire aiguë ; *b)* diagnostic et traitement de l'angine diphtérique. Sa prophylaxie à l'asile. 4° Administration : Organisation et fonctionnement des services économiques d'un asile d'aliénés. *Questions restées dans l'urne : a)* Administration provisoire des biens des aliénés non interdits ; *b)* modes de placements dans les asiles.

Résultats du concours

Classement	Noms	TITRES								Total
		Stage Titres Travaux	Points militaires	Anatomie Max 30	Pathologie Max 30	Path. Max 20	Admem Max 20	Clin. orale Max 40	Clin. écrite Max 40	
1	Lelong. .	20	—	27,5	25	16	10	25	35,5	159
	Magnand..	16,5	8,5	23	21	10	13	30	37	159
3	Larrivé ..	16.5	4	20	17	13	12	37	36	155,5
4	Dupont...	16	—	29	17	11	16	30	32	151
5	Carbillet	13	6,5	15	15,5	11	14	31	35	141
6	Trivas	13,5	—	19	17	15	15	29	30	138,5
7	Agasse....	14,5	10	15	15,5	8	11,5	25	30	129,5

CENTRE DE PSYCHIATRIE HENRI-ROUSSELLE

Le concours sur titres ouvert, le lundi 29 avril 1929, en vue de la nomination de quatre médecins assistants au Centre de psychiatrie et de prophylaxie mentale Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris, s'est terminé par la nomination de M. MONTASSUT, Mlle BADONNEL, M. CHATAGNON, M. COURTOIS.

MÉDAILLE D'OR DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE

M. le Dr Maurice Brissot, directeur, médecin chef de l'asile de Rouffach (Haut-Rhin).



Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 38.363